Volker Brinkmann (Hrsg.)

Case Management

Organisationsentwicklung und Change Management in Gesundheits- und Sozialunternehmen

2. Auflage



Volker Brinkmann (Hrsg.)

Case Management

Volker Brinkmann (Hrsg.)

Case Management

Organisationsentwicklung und Change Management in Gesundheits- und Sozialunternehmen

2., aktualisierte und überarbeitete Auflage



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über
<http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Prof. Dr. Volker Brinkmann lehrt am Fachbereich Soziale Arbeit an der Fachhochschule Kiel mit den Schwerpunkten Sozialwirtschaft, Sozialmanagement, Administration, Qualitäts- und Kostenbewertung.

1. Auflage 2006
2., aktualisierte und überarbeitete Auflage 2010

Lektorat: Susanne Kramer | Renate Schilling

Gabler ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media.
www.gabler.de



Umschlaggestaltung: KünkelLopka Medienentwicklung, Heidelberg
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Ten Brink, Meppel
Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier
Printed in the Netherlands

ISBN 978-3-8349-1854-3

Vorwort zur zweiten Auflage

Der Focus des Sammelbandes hat eine deutliche Erweiterung und Vertiefung erfahren. Themen der Gesundheitswirtschaft und der Gesundheitsversorgung im Krankenhaus und der Pflege haben durch eine Reihe neuer Beiträge eine hohe Gewichtung erhalten – insbesondere die Schnittstelle des Case Managements zum Care Management. Case Management und Care Management kommen sich organisatorisch näher, sind aber durch ihre spezifischen Leistungsprofile und ihren fachlichen Eigensinn voneinander zu trennen. Volker Amelung und Christoph Wagner beschreiben in Teil II den gegenwärtigen Stand des Versorgungsmanagements in Deutschland und seine Anschlussfähigkeit zum Konzept des Case Managements. Wolf Rainer Wendt stellt Trennendes und Verbindendes in den Profilen von Case und Care vor. Stephan Dettmers und Regina Menzel befassen sich in kritischer Absicht mit dem Case Management im Akutkrankenhaus und den darin enthaltenen Veränderungen für die Soziale Arbeit, Ärzteschaft und Pflegeprofession.

Utz Krahmer und Marie-Luise Schiffer-Werneburg setzen sich mit der neuen Pflegeberatung nach § 7a SGBXI und dem Fall-Management nach der Novelle zur Pflegeversicherung mit dem Schwerpunkt Pflegestützpunkte auseinander, die in den Rahmenvereinbarungen über die Einrichtung von Pflegestützpunkten in Nordrhein Westfalen gemäß § 92c Abs. 8 SGB XI Eingang gefunden hat. Friedrich Porz und Andreas Podeswik aktualisieren ihr spezifisches Potenzial zur Case-Management-Anwendung des „Bunten Kreises" in der Kinder- und Jugendmedizin.

Im ersten Teil des Buches steht der Bereich des „Case Managements im System der sozialen Dienstleistungsorganisationen" im Mittelpunkt der Ausführungen, insbesondere die sozialökonomische und systemtheoretische Verortung und Beschreibung der Rahmenbedingungen des Falls im Feld und des Netzwerks der Sozialen Dienstleister (Beiträge von Brinkmann; Kleve / Müller / Hamper-Grosser, Buestrich / Finke-Oltmann / Wohlfahrt und Gissel-Palkovich).

Rainald Faß vertieft in diesem Kontext seine neuen Erkenntnisse zur Systematik des Case Managements. Martina Schu und Claus Reis stellen die Endergebnisse ihrer Begleitforschung zur „Aktivierung in der Sozialhilfe" – Ergebnisse eines Pilotprojektes zur Implementation von Fallmanagement im SGB XII – vor.

Der dritte Teil enthält neben dem Beitrag von Anette Höcker zur lernenden Organisation am Beispiel zur Beschäftigungsförderung den Artikel von Andreas Schröer zur pädagogischen Dimension des Case Managements ebenfalls aus der Perspektive der lernenden Organisation. Birgit Wartenpfuhl analysiert in ihrem methodischen Beitrag zur Integration der Fall- und Systemebene des CM die Bedeutung der systemischen Denkfigur und deren Effizienz im Prozess des interorganisationalen und einrichtungsübergreifenden Assessments.

Kiel, im September 2009 Volker Brinkmann

Vorwort zur ersten Auflage

Case Management in sozialen Dienstleistungsorganisationen beschäftigt sich mit der Modifikation des Case Work der Sozialen Arbeit – dem Wandel von einem defizitorientierten Begriff der Einzelfallhilfe zu einem ressourcenorientierten Begriff des Case Managements. Es ist ein Paradigmenwechsel „von der Problemverstrickung zur Problemlösung der sozialen Dienstleistungsbereiche“. Der Bedarf im Feld der Träger (Kommunen, Land und Bund), Non-Profit-Organisationen und privat erwerbswirtschaftlichen Betriebe Sozialer Arbeit wächst. Hiermit verknüpft ist u. a. die Erwartung einer organisatorisch ökonomisch begründeten Optimierung durch Case Management. Aus dem ehemals ausschließlich sozialrechtlich definierten Hilfeanspruch ist nun ein ökonomisch begründetes Arbeitsbündnis zwischen Klient und Professionellen entstanden. Case Management nutzt die Aktivierung des Klienten. Das Aktivierungspostulat ist konzeptioneller Hintergrund der aktuellen Modernisierungsversuche von klientenbezogener Dienstleistungsarbeit. Aus dem Bedürftigen wird der Kooperationspartner, aus dem Hilfesuchenden der ökonomisch relevante Kunde und aus dem Patienten und Klienten der selbstbewusste Bürger, der seine Ansprüche innerhalb eines Kooperationsverhältnisses mit dem professionellen Dienstleister gemeinsam und vertragsbezogen definiert. Soweit die optimistische Formulierung der Aufgabe des Case Managements.

Dieses Buch setzt sich in drei Teilen mit den organisatorischen Herausforderungen der Implementation des Case Managements auseinander. Im ersten Teil steht der Bereich des „Case Managements im System der sozialen Dienstleistungsorganisationen“ mit Schwerpunkt auf der sozialökonomischen und systemtheoretischen Verortung und Beschreibung der Rahmenbedingungen des Falls im Feld / Netz der Sozialen Dienstleister (Brinkmann; Kleve / Haye / Hamper-Grosser / Müller; Schröer) im Mittelpunkt. Im zweiten Teil werden empirische Erfahrungen und Kritiken der Umsetzung des Fallmanagements im Rahmen des SGB II dargelegt (Schuh / Reis; Buestrich / Wohlfahrt; Gissel-Palkovich), während im Abschlusskapitel Erfahrungsberichte der Umsetzung dargestellt und im Hinblick auf ihre Leistungseffekte erörtert werden (Porz / Podeswik; Fass; Höcker).

Kiel, im September 2006 Volker Brinkmann

Inhaltsverzeichnis

Case Management als Instrument der lernenden Organisation .. 287

Der Fall im System der Sozialorganisationen

Volker Brinkmann

1 Sozialökonomische Funktionen und Systemfragen des Case Managements

Horst Opaschowski visualisiert den radikalsten Wertewandel seit 30 Jahren. Er sieht eine Ära der Verantwortung für Gemeinschaft, Umwelt und die nächste Generation in Deutschland entstehen, die den Gegensatz zwischen wirtschaftlicher Liberalisierung und Staatsbewahrung überwindet (Sinus Milieu Studie 2006). Der Rückzug des Staates ist demnach vorprogrammiert. In dieses Vakuum tritt das Bürgerengagement als Basis der modernen Civile Society.[1] Dies erfordert eine Umorientierung der bis tief in die bürgerliche Mitte vorgestoßenen Anbieter sozialer Dienstleistungen, insbesondere der Sozialen Arbeit. Die staatliche Programmversorgung für die gesellschaftliche Mitte und höheren Milieus wird zurückgefahren und das monetäre Versorgungsniveau insgesamt reduziert. Um die verbliebenen Anspruchsgruppen / sozialen Dienstleistungsempfänger[2] wird ein verstärkter Wettbewerb insbesondere zwischen freigemeinnützigen und privaten Anbietern geführt. Einrichtungsintern und betriebswirtschaftlicher Logik folgend konzentrieren sich die Wohlfahrtverbände auf ihr Kerngeschäft und die Verbandsmitglieder sind nur noch ein Stakeholder unter anderen. Die Bindung wird zunehmend über professionelles Management der Ehrenamtlichen und themenbezogene Kampagnen erfolgen und der verbandspolitische Einfluss der Ehrenamtlichen würde sich demzufolge verringern (z. B. in der Aufwandsanalyse zu Mitgliederbindungsprogrammen).

Die bürgerliche Mitte wird sich selbst engagieren müssen oder Wahlleistungen privat erkaufen. Civil Society setzt auch auf die intensivere Beteiligung der Unternehmerschaft und neue Formen der Kapitalausstattung für soziale Zwecke. Gemeinwohlsteigerung durch Unternehmen gewinnt an Bedeutung und ist zugleich ein betriebliches Abschreibungsmodell. Dem ethischen „sur plus“ folgt der wirtschaftliche „sur plus“ durch gesellschaftlich und sozial erwünschtes Handeln. Ob hier Governance oder andere Modelle von Selbststeuerung / Selbstregierung anschlussfähig sind, bzw. ein Gegenprogramm zum „bürgerschaftlichen Mäzenatentum“ darstellen, ist eine hier nicht zu treffende, aber offene und (ge)wichtige Frage zum zukünftigen (Sozial)Staatstypus.

---

[1] Civil Society inspiriert durch die modernisierte und liberal erweiterte Gestalt des Kommunitarismus und als soziale Basis des digital-globalen Kapitalismus (vgl. Brinkmann 1998, 9 ff.).

[2] Grundlage sind sozialrechtlich begründete Ansprüche, die der Logik des Sozialgesetzbuches folgen und so über die darin enthaltenen Leistungsansprüche Versorgungsklassen im sozialpolitischen Verständnis erzeugen (vgl. M. G. Schmidt 1998; Becker et al. 2001).

Zeitgleich wächst, bei Verknappung öffentlicher Mittel, der Akquisebedarf privaten Kapitals in Form von Stiftungen, Fundraising, Sponsoringmodellen und die Abhängigkeit von kreditfinanzierten Mitteln.

In diesem Zukunftsmodell des Staates brauchen seine „föderal verschlankten Organe" ein besseres Entscheidungsmanagement in Vergabe sozialer Dienstleistungen. Der Staat zieht sich auf die Funktion des Controlling, Qualitätssicherung, Steuerung durch Kontraktmanagement und Out Sourcing u. a. im Rahmen der Ausweitung des „Public Private Partner Ship" zurück. Die klassische Funktion des Verwaltungshandelns wird durch Public Management und Methoden der Organisationsoptimierung personenbezogener Dienstleistung ergänzt.

Diese Sozialpolitik unter wirtschaftsliberalen Vorzeichen wirkt damit zukünftig vorrangig in zwei Perspektiven. Sozialpolitik wird zum (Zwangs)Instrument der Arbeitsmarktpolitik. Der Vorrang der wirtschaftspolitischen Zielsteuerung erzeugt ein Programm der Marktintegration durch Wandel bzw. Adaption der sozialpolitischen Zielgrößen in marktkonforme Lösungsmuster: erstens auf Klientenebene (Dienstleistungserstellungsebene), zum Beispiel durch die Hartzgesetzgebung (SGB II), zweitens mit der Zielstellung des Ausbaus der Bildungspolitik als ökonomische Zielgröße der „Humankapitalbildung". Die bundesdeutsche Wettbewerbsfähigkeit soll nach innen wie nach außen gesteigert werden. Die Kurzformel lautet Wettbewerbsföderalismus im Inneren und globale Wettbewerbsfähigkeit nach außen (Butterwege 2001). Auf der fallbezogenen Dienstleistungsebene bedeutet dies die Diversifizierung sozialer Angebote. Beispielsweise als Welfare Mix der Vorschulerziehung staatlicher Einrichtungen, unternehmensfinanzierte Betriebskindergärten und hochpreisige Privatbildungsangebote. Diese subjektfinanzierte Art des Welfare Mix steckt noch in den Kinderschuhen und kann zu einer weiteren Vertiefung der gesellschaftlichen Spaltung im Zugang zum Dienstleistungsgut Bildung beitragen. Auch der staatliche Leistungszusammenhang der Hartzgesetzgebung in der Zusammenarbeit der Arbeitsagenturen / Kommunen mit dem Kern der sozial deklassierten Menschen und derjenigen, die diese Form der Selbststeuerung / Wahlleistungen nicht bewältigen wollen oder können, benutzt zielgenauere Instrumente im Verfahren.

Die Sozialen Dienstleistungsorganisationen setzen deshalb auf Methoden und Instrumente, die abweichend von der bisherigen Form der bürokratischen Bearbeitung, ein erweitertes Spektrum der Zusammenarbeit und die Einbeziehung des Klienten in den Mittelpunkt des Prozesses der Dienstleistung stellen. Verkürzt könnte von der Reduzierung des bürokratisch sozialrechtlichen Vorgehens zu Gunsten einer fallbezogenen vertraglich geregelten Kooperation, mit dem Klienten als Kunden, gesprochen werden. Dies geschieht selbstverständlich auf der Grundlage des geltenden Sozialleistungsrechts. Als Methode und Verfahren auf der Handlungsebene ist Case Management eine individuell durch Klient und Case Manager erstellte Dienstleistung der Fallbearbeitung.

Case Management wird gegenwärtig als Projektionsfläche und Reformversprechen und als wirksames Reformmodell der Modernisierung sozialer Dienstleistungsorganisationen z. B. in der Modernisierung der Wiener Sozial- und Gesundheitszentren eingesetzt (vgl. Michael Monzer in der lesenswerten Zeitschrift: Case Management CM 2005, Heft 2, 97). Case Management ist vor dem sozialökonomischen Hintergrund des heterogenen Mix der Produktionssphären / Produktionslogiken von Markt, Staat und vom intermediären Sektor (Dritter Sektor / Non Profit Organisationen) in diesem Beitrag im Wesentlichen auf seine Finanz- und Organisations-

entwicklungsfunktion des „system driven" des sozialen Netzwerkes und dessen Organisationsgestaltung zu thematisieren.[3] Hugo Mennemann kennzeichnet das Case Management als Verfahren für den Aufbau und die Pflege von sozialräumlich organisationsübergreifenden Netzen informeller und professioneller Natur (Mennemann in CM 2005, Heft 1, 20)

Der außerordentliche Bedarf an der Methode Case Management muss aber auch vor dem Hintergrund des sozialpolitischen Programmwandels eingeordnet werden. Dies wird im Vergleich der Case-Management-Länderkontexte USA und Deutschland und in deren Dynamik der Gesundheitssysteme deutlich. Im Herkunftsland der sozialarbeitsbezogenen Methode des Case Managements bestimmt ein unvollständiges und unabgestimmtes Krankenversorgungssystem Wohlfahrtsniveau und Versorgungsgrade der Menschen. Es handelt sich um ein gemischtes System aus privater und öffentlicher Gesundheitsversorgung. Ein Teil ist über private Kranken-, insbesondere die betrieblich organisierten Krankenversicherungen abgesichert. Die öffentlichen Versorgungsprogramme Medicare und Medicaid und anderer Social-Security-Programme erreichen jeweils nur einen Versorgungsgrad von knapp über 46 % der Bevölkerung (vgl. Eurostatis 2006). Trotz der Bemühungen der gegenwärtigen Regierung Obama um eine Gesundheitsreform ist ein großer Teil der Bevölkerung immer noch nicht krankenversichert und auf weitere spezielle Bundes- und Landesprogramme angewiesen. Durch die gesetzliche Initiative der US-Regierung wurden die Medicaid-Programme weiter gekürzt, so dass im Zuge der Reformpolitik in den 80ern Modelle zur Optimierung der Behandlungskette „Managed-Care-Organisationen",[4] Disease-Management-Programme und Care-Produkte"[5] entwickelt wurden (vgl. Ewers / Schaeffer 2000, 38). So war und ist vor diesem Hintergrund sozialstaatlicher Deskription auch die Versorgung spezifischer Patientengruppen, wie die der chronisch erkrankten und behinderten Menschen, auf eine Vermittlungsinstanz im Gesundheitsversorgungssystem angewiesen. In den USA sind budgetierte, mit Marktmacht ausgestattete Case Manager diejenigen, die Effizienzlücken im fragmentierten Gesundheit- und Sozialsystem schließen sollen (vgl. Klug 2003, 145 ff.). In der Krankenhausorganisation führt die Überlappung von Konzepten der Fallführung

---

[3] Case Management als Organisationsentwicklung verstehe ich im Zusammendenken der Funktion des system driven, der fallbezogenen Optimierung des administriven Systems, als auch in der Optimierung der klientenbezogenen Funktion (consumer driven) im Verbund der sozialen Dienstleistungsorganisationen. Zum Begriff des Sozialraums und des Lebensweltparadigmas (vgl. Thiersch 1994). Zur Einführung trägerübergreifender Budgets den so genannten Sozialraumbudgets (siehe Alisch / Dangschat 1998; Hinte 1999, 1998).

[4] Managed Care wurde Anfang der 80er in der USA als Antwort auf Ressourcenverknappung und Wettbewerb wirtschafts- und sozialpolitische Zielgröße und als Antwort auf die Herausforderung der gesteigerten Informatikeinsatzes und Veränderung des Krankheitsspektrums eingeführt (vgl. Amelung / Schumacher 2004, 3). Managed Care im medizinischen System umschreibt als Versorgungsprinzip die wirtschaftliche Verteilung von Mitteln und Ressourcen medizinischer Leistungsmengen, die Bearbeitung durch Führungs-, Planungs-, Koordinations- und Legitimationsaufgaben gegenüber Patienten und Kostenträgern (Amelung 2004 in Anlehnung an Chafferky 1997; Fox 2001; Schwartz / Wismar 2003 und Kühn 1997).

[5] Anders als Case Management, das sich zumindest innerhalb von Managed-Care-Organisationen auf das multidisziplinäre Management von komplizierten Einzelfällen focussiert, konzentriert sich Disease Management auf die Gesundheitsversorgung und Pfadkontrolle / Prozesskostenkontrolle über den gesamten Verlauf von Krankheit auch über Leistungserbringergrenzen hinweg, etwa in Bezug auf Compliance oder als Pflegeüberleitungsmanagement der Patienten (Amelung / Schumacher 2004, 180, 193 und 205).

im Konzept des Disease Managements und – in dessen Rahmen – des Case Managements zu unterschiedlichen Haltungen und Konsequenzen für die Patienten. Dies gilt auch für Case Management im Netzwerk der integrierten Versorgung etwa durch verschiedene Krankenversicherer. Zur Zeit wird Case Management in Managed-Care-Organisationen und dessen neuester Variante, dem „Intensive-Case-Management" (ICM), verortet, welches besonders schwer- und chronisch kranke Menschen im standardisierten Vorsorgungssystem Krankenhaus identifiziert und individuelle Versorgungspläne für sie entwickelt. Dieses Programm wird in den USA von immer mehr Krankenhäusern eingesetzt. „Einige dieser Organisationen haben ihre Disease-Management-Programme eingeschränkt, um sich dem ICM zuzuwenden" (vgl. Claudia Pieper, Ärztezeitung 2004, Heft 12). Hier erfolgt Case Management gleichsam zwangsläufig mit einer kostenoptimierenden Begleitung der Patienten, die kundenfreundlich daher kommt, aber in erster Linie Rationalisierungsreserven der Heil- und Hilfsmittelversorgung aus Kostenträgersicht eruiert. Die Grenzen zwischen Disease Management mit u. a. auch gesundheitsfördernden Zielstellungen der Verhaltensänderung beim Patienten wird in den USA durch eine verkürzte ökonomische Variante des Intensive Case Management abgelöst. Der Einsatz der ICM-Methode, die sich über die erzielten Einsparungen selbst finanziert, zeigt ggfs. die Dominanz der ökonomischen Logik über die fachliche Logik. Deshalb gilt es nach wie vor, die sozialpolitischen Einordnungen sowie die Notwendigkeit der sozialpolitischen Korrektivfunktion in der sozialwirtschaftliche Maxime des Umbaus zu beachten. Die politische Vermittlungsfunktion in der Bewertung und Auswirkung für einzelne Anspruchsgruppen ist weiterhin zwingend notwendig.

In Deutschland ist die sozialpolitische und sozialökonomische Funktion des Case Managements (CM) – im Gegensatz zu den USA – anders verortet. Hier soll das Arbeitsprinzip Case Management, so Erwartungshaltungen in der Sozial- und Gesundheitspolitik, die Effizienz und Effektivitätsnachteile eines nicht abgestimmten mehrgliedrigen und bürokratischen Sozial- und Gesundheitssystems besser gestalten / zusammenführen, insbesondere aber die Klienten- und Patientenversorgung optimieren, z. B. durch die verbesserte Gestaltung personenbezogener Arbeitsabläufe und die ökonomische Nutzung der darin behaupteten Rationalisierungsreserven. Erhofft werden die Steigerung der Klientensouveränität und eine durch CM begleitete Form der verbesserten Selbststeuerung des Klienten / Patienten im Sozial- bzw. Gesundheitssystem. Im für Laien oftmals unüberschaubaren Sozial- und Gesundheitssystem soll Case Management nicht eingelöste Fachlichkeit wie „ambulant vor stationär" unterstützen bzw. erst ermöglichen, Haus- und Facharztaufteilung überwinden helfen und die Vermittlung in den ersten Arbeitsmarkt fördern. Insbesondere Menschen mit vielfältigen und multiplen Unterstützungsbedarfen sollen durch Case Management in der Aktivierung des Selbststeuerungspotenzials gefördert werden (Wendt, in: Löcherbach 2003, 13 ff.).

Mikro- wie makroökonomisch betrachtet bremst ein berufsständig geprägtes und organisatorisch rechtlich ineffizientes Vertretungssystem beispielsweise durch das Institut der konkurrierenden Gesetzgebung. Dies führt in der Gestaltung Sozialer Dienstleistungen zur Sondersituation der Unikliniken bezüglich der Entgelte, zu höheren Budgetansätzen in der zahnärztlichen Versorgung oder zu schlecht kalkulierbaren, heterogenen Formen der Mischfinanzierung für Einrichtungen Sozialer Arbeit. Die hier beschriebene Ausgangssituation legt eine integrative und auch ökonomische relevante Form der Fallführung durch Case Management nahe. Zu-

gleich soll die Überforderung der Patienten- und Klientengruppen im bürokratisch-rechtlichen Steuerungsrahmen durch Management der Fallführung effektiv werden.

Die Auseinandersetzung mit den organisatorischen und sozialökonomischen Rahmenbedingungen des Case Managements zeigt einen vielfältigen Entwicklungsstand und wirft zwangsläufig eine Reihe von Fragen auf. Welche organisatorisch ökonomischen Kompetenzen (Module) braucht denn ein Case Manager bzw. die Case ManagerIn. Welche organisatorisch ökonomischen Effekte werden durch Case Management (CM) erzeugt und wie schließt CM an die sich verändernden Finanzstrukturen des Kontraktmanagements in kommunalbürokratischen Verwaltungsstrukturen an? Wie wirkt die Steuerung über Zielvereinbarungen und Kennziffern auf CM? Welche organisatorisch ökonomischen Effekte erzeugt die großflächige Einführung des CM als Instrument Sozialer Arbeit (z. B. in den Modellversuchen der Einführung der persönlichen Budgets (SGB IV) oder in Bezug auf die Finanzierung durch Fallpauschalen). Entsteht innerhalb und / oder neben dem politisch gesteuerten Quasi-Markt der Organisationen und Betriebe ein einzelsubjektbezogener Quasimarkt der individuellen Dienstleistungserstellung?[6]

Dies ist eine Reflektion, die gegenwärtig und aufgrund der aktuellen empirischen Forschungssituation nur unvollständig, heuristisch nähernd beantwortet werden kann, aber nichtsdestotrotz von Bedeutung im Hinblick auf org. ökonomischen Effekte des Case Managements in Feldern der Sozialen Arbeit mit ihren jeweils eigenen und völlig unterschiedlichen Aufgabenstellungen und Entwicklungslogiken ist (vgl. auch Klie 2005).

1.1 Case Management, Neue Steuerung, Kontraktmanagement und die Entwicklung der Dienstleistungsmärkte

Seit Beginn der 90er Jahre sind die Kommunalverwaltungen mit der Umsetzung der Neuen Steuerung befasst. Die Neue Steuerung ist ein betriebswirtschaftliches Modell des Wandels der In-Put-Steuerung zur Out-Put-Steuerung und der dezentralen Ressourcenverwaltung (Reis 1998; Brülle / Reis 2001; Flösser / Otto 1996; Trube 2001). Der Kern des Modells ist das Kontraktmanagement (Knorr / Scheppach, 1999). Über das Kontraktmanagement sind verbindlich Kosten und Leistungen der Dienstleistungen zu benennen und im Leistungs- und Entgeltvertrag sind die Aufwendungen für die kommunale Daseinsfürsorge zu vereinbaren (Kröger 1999, 167; Knorr / Scheppach 1999, 31). Ziel der Neuen Steuerung war bisher die Kostendämpfung. Die Formulierung Sozialer Arbeit als Paket von Einzelleistungen – im Format von Produkten, Produktbereichen und Produktgruppen – sollte Soziale Arbeit für die Prozesskostenrechnung

[6] Der Quasi-Markt wird auch als politische Steuerung des „Sozial- und Gesundheitsmarktes" verstanden. Mit der Einführung der PVG, der Novellierung des KJHG § 78 und des BSHG in § 93 Mitte bis Ende der 90er wurde den Leistungserbringern die Leistungsbeschreibung in Inhalt, Art und Umfang sowie Qualität sozialer Leistungen abgefordert und als Voraussetzung für Entgelterstattung durch öffentliche Kostenträger verlangt. Wirtschaftspolitisches Ziel war und ist bis heute die Erzeugung von Träger / Einrichtungskonkurrenz durch staatlich gesteuerten Wettbewerb.

erschließen. Diese Ausrichtung hat sich für Soziale Arbeit nur in Ansätzen oder nicht bewährt, da planbare und messbare Arbeitsaufgaben als Merkmale der Aufgabenerfüllung nur für Standardfälle formalisiert werden konnte. Insbesondere beratungsintensive Dienstleistungen weisen eine hohe situative Komplexität und niedrige Planbarkeit im Hinblick auf häufig wechselnde Akteure mit (teil)offenen Lösungswegen auf. Diese Standardisierungsgrenze ist durch die Erstellung des Produktplans in der öffentlichen Verwaltung nicht überschritten worden (vgl. Knorr / Scheppach 1999, 12). Trotzdem hat die Neue Steuerung im Laufe ihrer Entwicklung und Modifikation zur Gestaltung neuer politisch gesteuerter Märkte beigetragen. Neben der Effektivierung der Binnenorganisation ist insbesondere die Beziehungsgestaltung zu den externen Anbietern der freien Wohlfahrtpflege in Bewegung geraten. Leistungsverträge definieren die Leistungstatbestände punktgenau. Und nun wird durch die Einführung der Kennzahlensteuerung die wichtigste Neuerung im Rahmen der dezentralen Ressourcenverwaltung eingeführt (Maelicke 2006, 151). Zielvorgaben und Ergebnisziele müssen demnach zeitlich dimensioniert werden. Dies ist ohne Messung von Zielen nicht möglich. Deshalb wird die Forderung nach wirkungsorientierten Verträgen zum Zukunftsmodell erhoben (Puhl 2006, 186; Schröder 2006, 173).

> *Die kontinuierliche Ausstattung der kommunalen Entscheidungsebenen mit relevanten Informationen auf der Grundlage der Steuerung über Indikatoren:*
> *Kennzahlensteuerung ist nicht neu. Sie beziehen sich im Bereich sozialer Dienstleistungen, etwa im SGB VIII auf Grunddaten und Daten zum Leistungsumfang, z. B. betreute Familien oder Plätze in Tagesgruppen. Zusätzlich beziehen sich diese Kennzahlen auf die Wirkung der ambulanten Erziehungshilfe. Dazu gehört die Zahl der Übergänge von ambulanter zu stationärer Hilfe, die durchschnittliche Wartezeit von der Entscheidung bis zum Hilfebeginn, die erfolgreiche Beendigung des ambulanten Erziehungshilfeangebots. All dies sind wirkungsorientierte Kennziffern. Diese werden durch Finanzkennzahlen, das heißt die Kosten je Fall und Hilfeform, versehen. Das führt dazu, dass in regelmäßigen Abständen – zum Beispiel in der Form von Quartalsberichten – absolute und relative Fallzahlen sowie qualitative harte und weiche Kennzahlen – zum Beispiel die Attraktivität eines Stadtteils ausgedrückt in der Zu- und Wegzugsquote – kombiniert werden. Diese Kennziffern sind die Voraussetzung einer Weiterentwicklung der Neuen Steuerung hin zur wirkungsorientierten Steuerung sozialer Dienstleistungen, insbesondere der Sozialarbeit (vgl. Bieker 2004, 117 ff.).*

Ein zweifellos gravierender Schritt im Hinblick auf Ergebnisorientierung und Ergebnisverantwortung der Leistungsersteller. Also die Frage: Sind soziale Dienstleistungen, wie Soziale Arbeit, über Wirkungsziele mit beabsichtigten Veränderungen der Klienten tatsächlich steuerbar. Im US-amerikanischen Kontext, im so genannten „Kansasmodell“, werden Entgeltzahlungen der Kostenträger an die Einhaltung von vorher vereinbarten Wirkungszielen mit dem Klienten gebunden. Dies ist somit eine Überprüfung der Wirksamkeit des Leistungsvertrages durch eine externe Instanz, ähnlich den Vermittlungsausschüssen (vgl. Bieker 2004, 130). Insofern würde in Deutschland ggfs. das Kontraktmanagement in der Neuen Steuerung von der Überprüfung des Status Quo der Leistung auf die Überprüfung der Einhaltung versprochener Wirkungen der Dienstleistungen verändert. Case Management in Sozialen Dienstleistungsorganisationen würde von dem Prozess der fachlichen Zielbildung im Assessment, Monitoring und der Evaluation auch zum Prozess der nachhaltigen Leistungsverwirklichung unter Kostengesichtspunkten

Abbildung 1: Case Management als Kontraktmanagementmodell am Beispiel der Kommunalverwaltung

Verwaltungsinterne und -externe Kontrakte

Kontrakthierarchie

system driven

Kommunalpolitik

Public-Management-Verwaltung (*Case-Management-Rahmenvereinbarungen, int. Zielvereinbarungen*)

Kontraktzentrale für den Sozialraum / Einrichtungen und Zielgruppen

Privatgemeinnützige und privaterwerbswirtschaftliche Leistungsersteller (*Case-Management-Rahmenvereinbarungen, externe Zielvereinbarungen*)

consumer driven

Case Management als dezentrale Fach- und Finanzverantwortung

Case Management als dezentrale Fach- und Finanzverantwortung

CM-Vereinbarungen mit der Klientenebene (Ergebnis- und Handlungsziele)

(Brinkmann 2005, 55). Die Einordnung des CM in sozialpolitische / sozialökonomische Kontrakthierarchie der Leistungsverträge und Zielvereinbarungen (Systemebene)[7], bspw. der Kommunalverwaltungen unter Einbezug budgetierter Case Manager, kann mit oder ohne nachhaltigen Wirkungsnachweis als sozialräumliche bzw. sozialpolitisch gesteuerte Netzwerkstruktur gestaltet werden (vgl. Brinkmann 2005, 56).

Durch die Erweiterung und Verschiebung der Finanzierungsverantwortung ist, wie schon in der Neuen Steuerung angelegt, das Prinzip der Fach- und Ressourcenverantwortung von der Systemebene auf die Klientenebene ausgeweitet worden. Erst dieser Schritt macht die Effektivitäts- und Effizienzsteigerung des personenbezogenen Managements in sozialen Dienstleistungsorganisationen möglich. Der Netzwerkausbau der Organisationen Sozialer Arbeit und die Erweiterung des Umbaus der Sozialorganisation in sozialräumliche und trägerübergreifende „Controllingorganisationen“ würde eine „Case Managerialisierung“ der Sozialen Arbeit betreiben. Eine

[7] Zielvereinbarungen sind Kontrakte. Es handelt sich in der Regel um zeitlich begrenzte Kontrakte, die die zu erbringenden Leistungen (out put) und die zu erbringenden Wirkung (out come) zwischen mindestens zwei Kontraktpartnern vereinbaren. Die Zielvereinbarungen werden zudem auf unterschiedlichen Hierarchieebenen abgeschlossen, und zwar um Ziel, Ausstattung und akteursbezogene Leistungsprofile (wer, womit, wann und wozu) detailgenau zu beschreiben. Vereinbarungen, die nicht mehr auf einem über Ordnungs- oder Unterordnungsverhältnis beruhen, werden, wenn auch nicht einheitlich, zum Kontraktmanagement.

mögliche Interpretationsfolie wäre: Der Anfang vom Einstieg in eine intermediäre „Managed Case Organisationen Sozialer Arbeit" wäre geschaffen. Und, mehr noch als im Krankenhaussektor, würde hier massiv in eine flächendeckende sozialpolitische „betriebsübergreifende Managed Case Funktion" investiert werden müssen.

1.2 Der Zielbildungscharakter des Case Managements und seine organisatorisch ökonomische Relevanz

Die Methode Case Management verstehe ich als eine personengebundene Dienstleistung im Sozialraum, die mit einem phasenbezogenen Aushandlungs- und Kontrollprozess der Einzelunterstützung im Netzwerk sozialer und gesundheitsbezogener Dienstleistungs- und Hilfeorganisationen wirkt. Case Management folgt dem Prinzip der vertragsgebundenen Konstruktion der Zielvereinbarungen auf der Klientenebene in einem phasenbezogenen Regelkreislauf und dem Modell kooperativen Leistungserbringung und Kontrolle durch Klient und professionellen Dienstleistungsanbieter.

Case Management als Konzept des Fallverstehens, in der Lesart Wolf Rainer Wendts, grenzt sich darüber hinaus und weitergehend sowohl vom therapeutischen als auch vom sozialpädagogischen Fallverstehen (nach Wendt eine Verbindung von objektiver Hermeneutik nach Övermann und psychosozialer Diagnostik im Muster der stellvertretenden Deutung) ab und CM wirkt demzufolge vorrangig als Vermittler von Sozialleistungen und individueller Lebenspraxis (CM 2/2005, 61). Nach Wendt muss der Case Manager nicht den ganzen Menschen hinterfragen oder gar verstehen, sondern er verweist kurz und bündig, „das Objekt der Vermittlung ist der Fall"(CM 2/2005, 61). W.R. Wendt' s Deskription ist vor dem Hintergrund seines „systemischen Verständnisses der Sozialen Arbeit", genauer seiner Version eines „sozialökologischen Modells zum gelingendem Handeln / Alltag der Menschen" zu interpretieren. Case Management unterstützt diesen Prozess letztlich ressourcentechnisch. Die Nähe und Gefahr zu einer sozialtechnizistischen Sichtweise liegt dann allerdings nahe, wenn CM keine eigene Falldeutung und Fachlichkeit der Sozialen Arbeit voraussetzt, um z.B. gemeinsame Assessments mit dem Klienten und seinen spezifischen Bedarf gemeinsam erheben zu können (Brinkmann 2003, 59).

Zielbildung liegt damit in der Fähigkeit des Case Managers zur Kommunikation und in seiner Fähigkeit zur Aushandlung. Vor diesem Hintergrund wird CM daher gern mit unterschiedlichen Ökonomisierungsstrategien des „Gegenleistungsprinzips" in Verbindung gebracht. Der ökonomische Kern der Beschreibung des CM-Phasenmodells ist die Durchführung und Kontrolle im Prozess der Leistungserstellung (Kettenmodell), welches auch in Zwangskontexten tauschbezogen ist (vgl. das Gegenleistungsverhältnis in Hartz IV).[8]

Grundsätzlich und historisch ist Case Management im Freiwilligkeitsprinzip verankert und im asymmetrischen Prozess der Zielbestimmung des individuellen Hilfebedarfs – auf der Grund-

[8] Zwangskontext vgl. u. a. auch die Ausführung von Rainer Göckler zu Eingliederungsvereinbarung CM Heft 2/2005, Heft 1/2006

lage der gemeinsamen Klärung des Unterstützungsbedarfs durch Case Manager und Klienten im Rahmen der geltenden sozialrechtlichen Bestimmung.[9] Der Leistungsprozess folgt nun den Erstellungsmerkmalen von Zielvereinbarungen und fordert das jeweilige Organisationssystem in einem Zug als Prozess der horizontalen wie vertikalen Leistungsgestaltung und Bewertung. Diese optimierte horizontale Leistungserstellung (Klientenebene) mit den CM-Phasen „intake, assessment, planning, monitoring, evaluation und out going" als consumer driven führt nachhaltig zu einer Optimierung des vertikalen Netzes der sozialen Hilfeorganisationen, dem so genannten system driven (vgl. Reis in Löcherbach 2003, 150).[10]

1.2.1 Case Management im Zielbildungsprozess individueller Hilfeleistung (consumer driven)

Die Zielbildung im Case Management auf der „consumer ebene" entspricht ursprünglich einem freiwilligen, offenen und individuellen Prozess der gemeinsame gestalteten Zielbildung über „was ist das Problem" im Assessment (Neufer 2002, 18f.) und einer individuellen Vereinbarung von Rahmen-, Ergebnis-, Teil- und Handlungszielen und dessen Einhaltung bzw. Erfolg für den Verlauf des Hilfeverfahrens (planning) durch Netzwerkaktivierung und Kontrolle des prospektiv gemeinsam festgelegten Zielhorizonts. Der permanent vorhandene klientenbezogene Nachsteuerungsbedarf im Case Management ist zugleich Arbeitsprinzip und Reassessment. Eine Änderung der personenbezogenen Zielvereinbarungen führt erfahrungsgemäß zu hohen Transaktionskosten, da sie einzelfallbezogen und einzigartig sind und durch häufige, aber notwendige Nachsteuerung kostenträchtige Auswirkung (Systemebene) haben. Amelung weist im Rahmen der Managed-Care-Prozesse auf die transaktionskostenminimierende Finanzierung durch Fallpauschalen hin (Amelung 2004, 24).

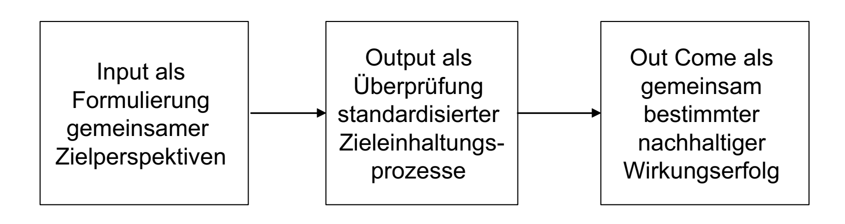
Grundsätzlich gilt: keine Systemoptimierung (system driven) ohne Verbesserung in der Kooperation und Steigerung der Nachhaltigkeit auf der Seite der personenbezogenen Arbeitsbeziehungen (consumer driven). Die Qualität der gemeinsam formulierten Zielperspektiven und erst die gemeinsame Gestaltung der Zielprozesse führen zum nachhaltigen Wirkungserfolg (siehe Abbildung 2).

Der Tauschcharakter des Case Managements setzt, wie auch andere Formen der prospektiven Zielbindung, auf Zielvereinbarungen. CM unterscheidet sich u. a. durch die Erstellung eines individuellen Hilfeprofils gegenüber personenunabhängigen und einer standardisierten Fallange-

[9] Inspiriert durch Spieltheorie und Dienstleistungstheorie (vgl. Bruhn / Meffert 1998; Steinle 2005) ist die Fragestellung Asymmetrie und Informationssymmetrie sozialer Beziehungen zu einem Konzept der ökonomischen Handlungstheorie geworden. Dieses Konzept ist seit langem für jedwede pädagogische Zielstellung Ausgangspunkt von Einschätzung und Intervention der beteiligten Akteure (vgl. hierzu Ausführungen zur Wertschätzung bei Maria Montessori).

[10] In take verstanden als Zugang, Aufnahmekriterien und Reichweitenbestimmung des Dienstes, Assessment als gemeinsame Benennung dessen, „was das Problem ist"(Klient und Case Manager), Planning als Vereinbarung über Rahmen, Grob-, Teil- und Feinziele, Handlungs- und Ergebnisziele, Monitoring als Abbildung und Einhaltung und ggfs. Nachsteuerung der genannten Ziele, Evaluationsbewertung als Gesamtdokumentation, out going als Verweisung oder Abschluss.

Abbildung 2: Zielbildungsebenen des Case Managements



botsbildung (z. B. Fallpauschalen). Ökonomische relevante Effekte zeitigt die individuelle Form jedoch auch im Hinblick auf die Zielgenauigkeit des Ressourcenverbrauchs und durch die zeitnahen Nachsteuerungsmöglichkeiten sowie in der Steuerung zusätzlicher, schnell verfügbarer, weiterer professioneller Dienste oder persönlicher Hilfesysteme. Des Weiteren ist die fortlaufende Korrektur des Arbeitsbündnisses für das Case Management typisch und zeigt hier sehr deutlich seine pädagogisch-demokratischen Wurzeln in der Kooperations- und Arbeitsbeziehung mit dem Klienten. Die fachliche Dimension und die „Klientenformulierung" bestimmen das Design der Hilfen und deren Dienstleistungsprofil. Der finanzielle Aufwand ist demgegenüber schwer einzuschätzen.

1.3 Case Management vor dem Hintergrund veränderter Finanzierungsmodelle im Sozialen Dienstleistungssektor (system driven)

1.3.1 Case Management und das Modell der monoistischen Finanzierung

Der Wandel der organisatorischen Rahmenbedingungen entspricht dem Wandel der Finanzierung sozialer Dienstleistungen. Rudolf Hammerschmidt spricht von der konstruktiven Zerstörung der bestehenden Angebots- und Entscheidungsstrukturen, „Innovation [ist] nicht die Fortschreibung der Vorhandenen" (vgl. Hammerschmidt 2006, 57). Die Konkurrenz der Anbieter wird zwar weiterhin staatlich gelenkt (Quasi-Markt), daneben entsteht aber ein privater Dienstleistungsmarkt (vgl. ebd.).

Die derzeit bestehende Finanzstruktur der öffentlichen Hand erstattet die Investitionskosten über Zuschüsse. Die laufenden Kosten, die Betriebskosten, werden über den Klienten sozialrechtlich veranlasst und im indirekten Finanzierungsmodell verrechnet (Finanzierungsdreieck: Kostenträger, Leistungserbringer und Leitungsempfänger). Diese dualistische Finanzierung soll durch ein im Wesentlichen durch Kontraktmanagement gesteuertes „monoistischen Finanzierungsmodell" ersetzt werden (vgl. Hammerschmidt 2006, 50 und siehe Abbildung 3).

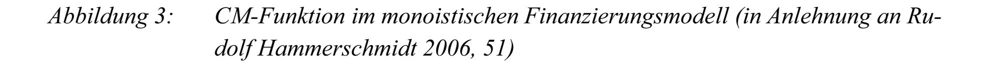
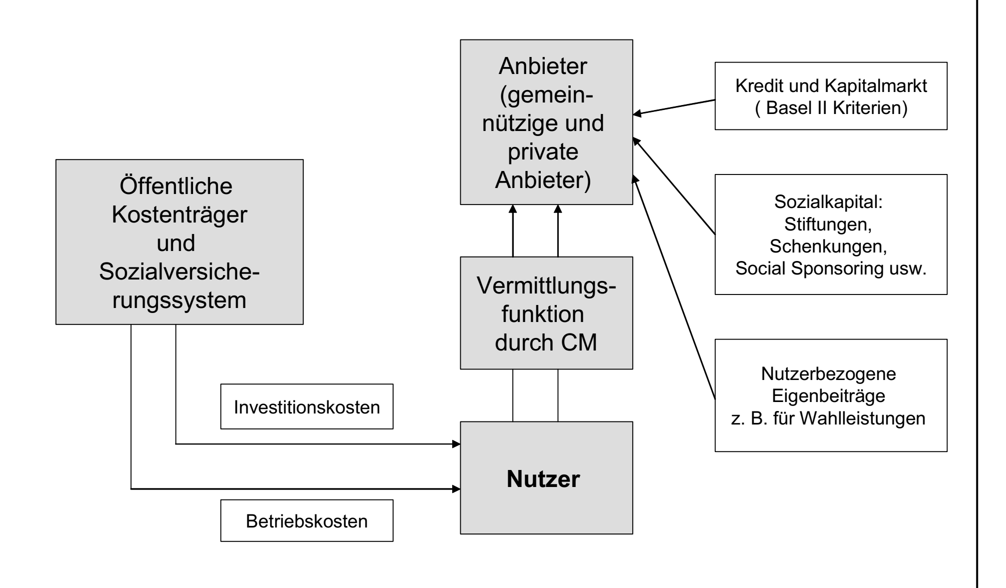


Abbildung 3: CM-Funktion im monoistischen Finanzierungsmodell (in Anlehnung an Rudolf Hammerschmidt 2006, 51)



Die monoistische Finanzierung Sozialer Dienstleistungen fördert zwei Organisationsentwicklungsdimensionen. Erstens stellt sie leistungsrechtliche Vertragskonstruktionen in den Mittelpunkt. Zweitens wird durch die controllingoptimierte Preisgestaltung der Anbieterwettbewerb auf dem Quasi-Markterheblich dynamisiert (Brinkmann 2005, 57).[11] Allerdings betont ein Teil der Wohlfahrtverbände, nach mittlerweile mehrjähriger Erprobung und Umstellung auf Leistungsverträge, durchaus Zufriedenheit mit dem Modell der Leistungsverträge. Im Gegensatz zur Subventionsfinanzierung, auch der Zuwendungsverträge, bestätigen einige Verbände die Chance der genaueren Leistungsbewertung und Kostenerstattung durch angemessene Leistungsentgelte. Das Risiko der Vertragslösungen wird als relativ gering eingeschätzt (bspw. AWO Schleswig Holstein).

Hammerschmidt beschreibt die Abkehr von der Zuwendungsfinanzierung, in dem der Zuwendungsgeber die Investitionskosten und der Kostenträger im Rahmen der indirekten Finanzierung, Betriebskosten zahlt.

> *Danach hat der Nutzer einen Rechtsanspruch gegenüber dem Kostenträger und nimmt die ihm zugedachten Leistungen entgegen. Dieses indirekte Finanzierungsmodell wird abgelöst durch eine Entwicklung zur monoistischen Finanzierung – anders ausgedrückt von der Objekt- zur Subjektförderung. Die Finanzierung von Investitionen über Einnahmen sowie die*

[11] Quasi-Markt, da die Preisbildung dem Angebotsmonopol und der Kontrolle des Staates unterliegt, und das Abhängigkeitsverhältnis der Leistungsersteller, z. B. der Wohlfahrtsverbände, nicht durchbrochen ist und sich das Kostenrisiko auf den Leistungsersteller verlagert.

Risikobeherrschung des internen Leistungsprozesses ist, anders als bei der dualistischen Finanzierung im Rahmen des traditionellen sozialrechtlichen Dreiecksverhältnisses, zugunsten einer einnahmeorientierten Entwicklung und Gestaltung von Leistung gefordert. Kauf und Zahlung der Dienstleistungen erfolgen nutzerzentriert (vgl. Hammerschmidt 2006, 50 ff.).

Die Träger erhoffen darüber hinaus eine Ausweitung der privaten, nutzerseitig finanzierten Wahlleistungen und damit weiteren Öffnung vom Quasi-Markt zum Markt. In das monistische Finanzierungsmodell über den Nutzer passen die Quasi-Markt-Varianten wie persönliches Budget und Gutscheinmodelle, die dem Klienten als Kunden ermöglichen, sich den passenden Anbieter für Pflege, Bildung und Erziehung einzukaufen. Case Manager könnten unabhängige Informationen für den Klienten bieten, die nun Kundenberatungsfunktion nachfragen. Der Case Manager wird in diesem Bild, neben seiner sozialrechtlichen Beratungsfunktion, zum Kunden- / Verbraucherberater mit erheblichen und nicht überschaubaren ökonomischen Wirkungen für die Anbieter, aber auch mit nicht unerheblichen Folgen für den Klienten zum Beispiel in der Bewertung und Abwehr von Schwarzarbeit, auf dessen Einsatz nicht wenige angewiesen sind (Persönliches Budget). Wie groß ist die Gestaltungsfreiheit als Marktteilnehmer tatsächlich?

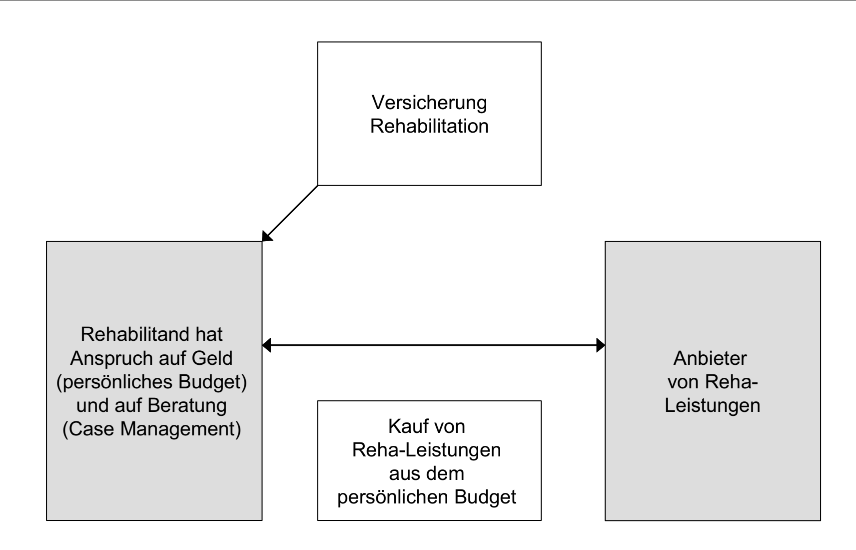
1.3.2 Die Funktion des Case Managements am Beispiel des persönlichen Budgets

Wie gehen die sozialwirtschaftlichen Anbieter und Dienstleistungsersteller zukünftig mit der unterschiedlichen Kaufkraft ihrer Klienten um (vgl. Hammerschmidt 2006, 51)?

Dies ist gegenwärtig schon Teil der Realität, bspw. in der Altenpflege. Slogan „Sie können alles bekommen, wenn es denn gezahlt wird“. Privat gezahlt wird. Der Einstieg in die Grundversorgung und hochpreisige Wahlangebote für Besserverdienende ist einrichtungsintern schon vollzogen. Der „normale Pflegepatient“ ist auf die Standardangebote der „Pflegeindustrie“ zurückverwiesen (vgl. u. a. Klie 2005, 584 ff.).

Zudem wurden im § 17 SGB IX nach der Modellphase ab 2008 persönliche Budgets geschaffen, mit denen die Hilfeempfänger für alle Teilhabeleistungen einen Geldbetrag oder Gutschein erhalten (vgl. § 35a SGB XI). Das Ziel ist, „in eigener Verantwortung ein möglichst selbst bestimmtes Leben zu ermöglichen“ (§ 17 II SGB IX). Das Persönliche Budget ist rechtssystematisch und prinzipiell auch für alle anderen Leistungsgesetze geöffnet (§ 57 SBG XII; § 103 SGB III, §16 SGB II i.V. § 45 SGB III). Das heißt der Klient / Patient als Auftraggeber bedient sich am Markt, und er hat die Möglichkeit des Preisvergleichs. Die Erbringung der Leistung ist nicht mehr an eine Einrichtung / Träger gebunden, sondern der Klient und Patient als Kunde kann Einrichtungen in seinem Sozialraum miteinander vergleichen. Die Herausforderung liegt in dem Beschaffen von Marktinformationen und dem oftmals fehlendem Marktüberblick der Klienten. Wer sind leistungsstarke Dienstleistungsanbieter und wie schafft der Case Manager Transparenz hierüber?

Abbildung 4: CM Funktion im Modell des Persönlichen Budgets



Die Vorherrschaft des Sachleistungsprinzip (Dreiecksverhältnis) wird durch das persönliche Budget (Geldleistungsprinzip) mit Unterstützung des Case Managers durchbrochen.

Die Notwendigkeit eines unabhängigen Case Managements kann am Beispiel der Forderung der Implementierung des CM in kommunalen Pflegeberatungsstellen nachvollzogen werden. Pflegeberatungsstellen sind unabhängig und können der intermediären Funktion des CM durch Vermittlung in Form einer unabhängigen Verbraucherberatung Rechnung tragen – beispielsweise durch CM-Beratung hinsichtlich des staatlich organisierten Leistungskatalogs und dessen Mitteleinsatz auch für informelle und niederschwellige Hilfen und Dienste bspw. in den Netzwerken der Selbsthilfe und des Bürgerengagements (z. B. Otto 1998; Hummel 2004). Die Erweiterung des monoistischen Finanzierungsmodells auf die Personenebene und die „prinzipielle Abkehr" von der Mischfinanzierung aus unterschiedlichen Kostenträgertöpfen fordern den Klienten / Patienten als aufgeklärten Kunden heraus. Case Management korrespondiert dort bezüglich der Informationssymmetrien der Klienten auf dem Quasi Markt und auch des privaten Dienstleistungsmarktes, nach Absprache mit dem Klienten – Aushandlung, verstanden im Sinne von „Negotiation", also im Hinblick auf die Inhalte des klientenbezogenen Vertrages und des „Bargaining" in der Verhandlung über materielle Ausstattungsmerkmale des angebotenen Dienstleistungsverhältnisses.

1.4 Case Management als Einstieg in Fallgruppen der Sozialen Arbeit?!

Eine weitere Herausforderung des Case Management liegt in der Ausrichtung einer standardisierten Fallbearbeitung. Albrecht Brühl hat 2003 in 22 Kliniken deren soziale Dienste befragt, aus 2464 Fallbearbeitungen 8000 Referenzfälle analysiert und ein Klassifikationssystem von Fallgruppen der Sozialen Arbeit kreiert. Vor dem Hintergrund der Einführung der Diagnostik Related Groups[12] und deren Einführung versucht Albrecht Brühl im Hinblick auf Sozialarbeit im Krankenhaus (Soziale Dienste) eine kritische Überprüfung des Fallgruppenansatzes. Anwendung finden die Fallgruppen in der internen Leistungsverrechnung von Akutkrankenhäusern. Die Fallgruppen bilden die Grundlage, um mit der Unternehmensleitung organisationsintern Ziel- und Leistungsvereinbarung auf der Grundlage beschriebener Leistungen, vereinbarter Qualitätsstandards und kalkulierter Preise zu schließen. Die Fallkostenkalkulation der deutschen Krankenhausgesellschaft ist ein medizinbasiertes, pauschales Entgeltsystem und ein personenunabhängiges, multivariates Klassifikationssystem. Der Sozialen Arbeit fehlen demnach einheitliche Standards für die gesamte Fallbearbeitung, eine Kalkulation der notwendigen Ressourcen und die Grundlage für die Begründung verschieden intensiver Sozialarbeit. Drei Dimensionen der Fallgruppen für Soziale Arbeit hat Brühl herausgearbeitet:

1) Hauptgruppen sozialrechtlicher Anspruchsgrundlagen, die direkt umgesetzt werden können,

2) Komplexitätsindikatoren zur Trennung verschieden komplexer Fallbearbeitung,

3) Kontaktzahlen zur Unterscheidung unterschiedlich kontaktintensiver Fallbearbeitung

(vgl. Brühl 2004, 229).

Dieser Ansatz ließe vermuten, dass er auch mit dem Case Management kompatibel ist. Zielstellung des Fallgruppenansatzes ist die Arbeitszeitvarianz, also die Deskription gleichwertiger Arbeit im Clusterverfahren und Reduktion der Varianzabweichung mit Blick auf Geld und Zeit. Fallorientierte Lebenslagenanalysen können – dann als die Voraussetzung für das Assessment, – im Case Management Eingang finden. Dies lehnt Brühl ab, da er CM ähnlich wie Supervision als individuelle Form der Fallbearbeitung sieht.

Eine systematische Betrachtung aller Fälle in der Sozialen Arbeit, so die grundlegende Kritik von Albert Brühl, und ein hieraus folgender Vergleich der Fallbearbeitungen aller Klienten werden aber bewusst nicht angestrebt, denn diese entspricht nicht dem Erkenntnisinteresse Sozialer Arbeit. So bleibt bspw. Sylvia Staub Bernasconi, in Auslegung Brühls, beim Charakter einer deduktiv lediglich klärenden Austauschtheorie als Handlungstheorie, jedoch ohne eine direkte Verwertungsperspektiven, wie sie in Brühl's Modell, in der Anwendung einer Klassifikation personaler Störungen (PIE) zur Grundlage sozialarbeiterischer Interventionsmuster eingeführt werden könnte (vgl. Brühl 2004, 50). Demgegenüber verweigert sich Soziale Arbeit und orientiert sich stattdessen, so Brühl, an Werten und Idealkonstruktionen. Soziale Arbeit trägt so methodisch zur Verdeckung ihrer Absichten bei und immunisiert sich gegenüber aller Kritik (vgl.

[12] Nach § 17 b KHG, DRG System gleich pauschalierende Vergütung von kurativen Leistungen im Krankenhaus.

Brühl 2004, 32ff.). Letztlich legt Brühl damit eine Angleichung Sozialer Arbeit an das Steuerungsverhalten der DRGs, der Kategorisierung nicht von Krankheitsmustern, sondern Sozialmustern und dessen standardisierte Bearbeitung nahe.

1.5 Schlusswort

Case Management als intermediäre Instanz des system und consumer driven wird zum qualitativen Ausbau eines sozialen Dienstleistungsmarktes beitragen. Insbesondere quasimarktliche Instrumente im Feld monoistischer Finanzierungsmodelle bedürfen der CM-Moderation. Voraussetzung hierfür ist der sozialpolitische Wille des Ausbaus einrichtungsübergreifender Rahmenvereinbarungen und die Installation einer CM-Steuerungszentrale, die die Aufgabe hat, verträglichen Lösungen der regionalen Versorgung Vorrang einzuräumen. Insbesondere der „verbraucherpolitischen" Vermittlungsfunktion wird zukünftig mehr Raum gegeben werden und in der Beantwortung der wirkungsrelevanten Vereinbarungen wird Case Management eine zentrale Rolle spielen.

Ergebnisoffenheit und der Verzicht auf prospektive Festlegung durch Fallgruppenkonstruktion im Konzept von Sylvia Staub Bernasconi sind für Ökonomen und Statistiker herausfordernd und im Sinne der Sozialen Arbeit gerechtfertigt. Sylvia Staub Bernasconi hat insbesondere in der letzten Dekade, im Diskurs um ihr Konzept der Sozialen Arbeit als Menschenrechtsprofession, gekämpft. Dieses Konzept ist durch ein rechtlich-politisches Primat, über die soziale Kostendebatte hinaus, determiniert. Der soziale Diskurs hat damit auch methodisch notwendig die Gestalt und den Inhalt eines Wertediskurses, auf den Soziale Arbeit und das Case Management nicht verzichten kann.

Soziale Arbeit verfügt über kein einheitliches und wissenschaftlich valides Methoden- und Evaluationsinstrument, das ähnlich des ICD-Katalogs bzw. DRG-Katalogs funktioniert. Brühls Versuch der kostenrelevanten Integration der Sozialen Dienste im Krankenhaus ist verständlich und hinsichtlich einer allgemeinen empirischen Grundlage für sozialarbeiterische Klassifikation in Fallgruppen beschränkt, aber zugleich ausbaufähig. Der Diskurs sollte im Kontext der Sozialarbeitswissenschaft weitergeführt werden. Der Charakter Sozialer Arbeit auch im ökonomischen Bild der Dienstleistungsarbeit ist auf Konstruktion und Dekonstruktion sozialer Tatbestände angewiesen, die auch für die Methode Case Management von erheblicher Relevanz sind.

Case Management arbeitet als Methode Sozialer Arbeit im Kontext des Assessment, etwa in der Einschätzung behinderter Menschen, durchaus mit einer Kombination aus standardisierter Test-Diagnostik incl. Fallgruppenzuordnung auf der Grundlage psychologischer und (sozial)medizinischer Eignungs- und Leistungstests. Und Case Management braucht darüber hinaus unbedingt notwendig den Teil der individualisierenden Zielvereinbarung, die durch und mit Klienten beschrieben und korrigiert wird. Insoweit ist und war Soziale Arbeit gerade wegen der Vielfalt im Methodenmix anschlussfähig, aber nie monokausal instruiert. CM kann im Rahmen des SGB IX standardisierte Fallgruppenbildung nutzen und ergänzt diese durch Instrumente der Erhebung wie der persönlichen Unterstützung durch Netzwerkkarten und Ökogramm. Case Ma-

nagement wird weiterhin den individuellen Zuschnitt der Absprache und Selbstverpflichtung gemeinsam mit dem Klienten entwickeln.

Ein Mix aus individueller Leistungsverabredung und standardisierter Fallgruppenbildung, wie im Assessment der Rehabilitation üblich, erhöht die Teilhabechancen der Menschen mit und ohne Behinderung und verhindert die einseitige Beschränkung auf vorgegebene und personenunabhängige Methoden-Standards, ohne auf sie zu verzichten.

Literatur

ALISCH, MONIKA / DANGSCHAT, JENS S. 1998: Armut und Soziale Integration, Opladen.

AMELUNG, VOLKER ERIC / SCHUMACHER, HARALD 2004 (3. vollständig überarbeitete Auflage): Managed Care, Neue Wege im Gesundheitsmanagement, Wiesbaden.

BAUER, RUDOLPH 2001: Personenbezogene Soziale Dienstleistungen, Wiesbaden.

BOEßENECKER u. a. (Hrsg.) 2003: Qualitätskonzepte in der Sozialen Arbeit, Eine Orientierung für Ausbildung, Studium und Praxis, Weinheim, Weinheim, Basel, Berlin.

BIEKER, RUDOLF 2004: Neue Kommunalverwaltung, Eine Einführung für Sozial- und Sozialverwaltungsberufe, Weinheim und München.

BRANDEL / STÖBE / BLOSSEY / WOHLFAHRT 1999: Verwalten oder gestalten, Berlin.

BRINKMANN, VOLKER 1998: Intermediäre Engagements als Herausforderung an die Sozialpolitik in Deutschland, Hamburg.

BRINKMANN, VOLKER (Hrsg.) 2006: Case Management – Organisationsentwicklung und Change Management in Gesundheits- und Sozialunternehmen, Wiesbaden.

BRINKMANN, VOLKER (Hrsg.) 2008: Personalentwicklung und Personalmanagement in der Sozialwirtschaft – Tagungsband der 2. Norddeutschen Sozialwirtschaftsmesse, Wiesbaden.

BRUHN, MANFRED / MEFERT, HERIBERT 1998: Handbuch Dienstleistungsmanagement, Wiesbaden.

BRÜHL, ALBERT 2004: Fallgruppen der Sozialarbeit, Baden-Baden.

CASE MANAGEMENT 2005: Jahrgang 1, Heft 2, Heidelberg.

CASE MANAGEMENT 2006: Jahrgang 2, Heft 1, Heidelberg.

CASE MANAGEMENT 2009: Jahrgang 5, Heft 1, Heidelberg.

EISENREICH / HALFAR / MOOS 2005: Steuerung sozialer Betreibe und Unternehmen mit Kennzahlen, Baden-Baden.

EVERS / RAUCH / STITZ 2002: Von öffentlichen Einrichtungen zu sozialen Unternehmen, Hybride Organisationsformen im Bereich sozialer Dienstleistungen, Berlin.

FISCHER, REGINA 2000: Dienstleistungs-Controlling, Wiesbaden.

HAMMERSCHMIDT, RUDOLF 2006: Die Finanzierungsbedingungen der Sozialwirtschaft im Umbruch. Konsequenzen und Anforderungen. In MAELICKE, BERND (Hrsg.): Finanzierung in der Sozialwirtschaft, Baden-Baden.

HOWALDT / KOPP / FLOCKEN 2001: Kooperationsverbünde und regionale Modernisierung, Theorie und Praxis der Netzwerkarbeit, Wiesbaden.

HINTE / LITGES / SPRINGER 1999: Soziale Dienste: Vom Fall zum Feld, Soziale Räume statt Verwaltungsbezirke, Berlin.

HINTE / LITGES / GROPPE 2003: Sozialräumliche Finanzierungsmodelle, Qualifizierte Jugendhilfe auch in Zeiten knapper Kassen, Berlin.

KLIE, THOMAS 2005: in: Pflege Aktuell, Heft 32, S. 584.

KLUG, WOLFGANG 2003: Mit Konzept planen und effektiv helfen, Ökosoziales Case Management in der Gefährdetenhilfe, Freiburg.

KNORR / SCHEPPACH 1999: Kontraktmanagement, Rosenheim und Berlin.

KOLHOFF, LUDGER 2002: Finanzierung sozialer Dienste und Einrichtungen, Augsburg.

LÖCHERBACH / KLUG / REMMEL / FASSBENDER / WENDT 2003: Case Management, Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit, München.

MAELICKE, BERND (Hrsg.) 2006: Finanzierung in der Sozialwirtschaft, Chancen und Risiken des Umbruchs, Baden-Baden.

MERCHEL, JOACHIM 2004 (2. Auflage): Qualitätsmanagement in der Sozialen Arbeit, Weinheim und München.

NEUFER, MANFRED 2002: Case Management – Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien, Weinheim und München.

REIS, CLAUS 1998: Planung und Produktion Sozialer Dienstleistungen, Berlin.

ROSENKRANZ / WEBER 2002: Freiwilligenarbeit, Einführung in das Management von Ehrenamtlichen in der Sozialen Arbeit, Weinheim und München.

SIMSA 2000: Management der Nonprofit Organisationen, Gesellschaftliche Herausforderungen und organisationale Antworten, Stuttgart.

STAUB-BERNASCONI, SILVIA 2007: Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft, Bern / Stuttgart / Wien.

STEINLE, CLAUS 2005: Ganzheitliches Management. Eine mehrdimensionale Sichtweise integrierter Unternehmensführung, Wiesbaden.

TRUBE, ACHIM 2001: Organisation der örtlichen Sozialverwaltung und Neue Steuerung. Hand und Arbeitsbücher, Band 1, Frankfurt.

WENDT, WOLF RAINER 2003: Sozialwirtschaft – eine Systematik, Baden-Baden.

WENDT, WOLF RAINER 2002: Sozialwirtschaftslehre, Baden-Baden.

Autor

Prof. Dr. Volker Brinkmann, Dipl.-Sozialarbeiter und Dipl.-Sozialpädagoge, Dipl.-Sozialwirt; Professur für Finanzierung, Planung, Organisation und Management sozialer Dienstleister an der FH Kiel; Supervisor, Coach (DGSv), Case Management Ausbilder (DGCC); Mitglied der Bundesarbeitsgemeinschaft Sozialmanagement/Sozialwirtschaft (BAG) / Fachgruppe Sozialwirtschaft (DGS).

e-mail: volker.brinkmann@fh-kiel.de
web: http://www.fh-kiel.de/index.php?id=1287&L=0index.p

Heiko Kleve / Matthias Müller /
Andreas Hampe-Grosser

2 Der Fall im System – die Organisation des Systemischen Case Managements

2.1 Ausgangspunkte

Der deutsche Sozialstaat wandelt sich und mit ihm auch die Soziale Arbeit, ist sie doch eine Profession, die sozialstaatlich mitkonstituiert, die in staatlichen Programmen und rechtlichen Regelungen verankert ist. Die Transformation des deutschen Sozialstaates erscheint insbesondere als eine Folge der leeren öffentlichen Kassen. Und dies wiederum resultiert aus dem zumindest vorläufigen Ende der Arbeitsgesellschaft. Eine relativ stabil bleibende und hohe Zahl von Personen ist aus der Erwerbsarbeit exkludiert, was die staatlichen Steuereinnahmen verringert, aber die Summe für die sozialstaatlichen Transferleistungen erhöht. Dieser Prozess ist eingebettet in eine Globalisierung der Wirtschaft, die die Kapitalströme der Unternehmen dorthin zieht, wo die Arbeitskräfte konkurrenzlos günstig sind. Diese gesellschaftlichen Strukturdynamiken fallen – wie bereits erwähnt – insbesondere aufgrund des Symptoms auf, das vor allem die Politik zu spüren bekommt und an andere mit ihr verbundene Systeme weitergibt: aufgrund des verringerten Steueraufkommens, aufgrund der immer knapper werdenden bzw. leeren öffentlichen Kassen. Während die Politik auf der einen Seite mehr oder weniger erfolglos versucht, die gesellschaftliche, vor allem ökonomische Strukturdynamik umzusteuern, verlangt sie auf der anderen Seite Wirtschaftlichkeit von jenen Systemen, die sich bisher eher jenseits der Wirtschaft verorteten, z. B. von der Sozialen Arbeit.

Die Ökonomisierung der Sozialen Arbeit läuft seit einigen Jahren auf Hochtouren. Mit Ökonomisierung ist in diesem Zusammenhang insbesondere die Ausrichtung sozialarbeiterischer Prozesse auf Leitgrößen wie Effizienz und Effektivität gemeint. Effizienz bezieht sich auf die knapper werdenden finanziellen Mittel, bringt das Verhältnis von Aufwand (insbesondere an Personal, Zeit und Sachmittel) und Nutzen in den Blick, während Effektivität die Zielwirksamkeit, das Verhältnis von Zielen und Ergebnissen veranschaulicht. Die Ökonomisierung der Sozialen Arbeit verfolgt das Programm, mit weniger Aufwand einen gleich bleibenden oder gar höheren Nutzen, eine nachhaltigere Wirkung zu erreichen. Die spannende Frage ist an diesem Punkt, ob und wie ihr dies gelingen kann. Eine Antwort darauf, die insbesondere die Methodik, aber auch eine veränderte Organisation Sozialer Arbeit betrifft, lautet, *dass die Herausforderung der Ökonomisierung durch die Einführung des Case Managements, im Folgenden CM abgekürzt, gemeistert werden kann.*

Denn CM lässt sich verstehen als eine Balancierung der Ambivalenz von Ökonomisierung und Lebensweltorientierung (vgl. Kleve 2003a; 2003b). Nicht nur die Herausforderung der sozial-

arbeiterischen Ökonomisierung steht also im Zentrum dieses Ansatzes, sondern zugleich die Beibehaltung oder gar der Ausbau des zentralen sozialarbeiterischen Strukturmerkmals der letzten Jahrzehnte, der Lebensweltorientierung (siehe grundsätzlich dazu Thiersch 1992). CM versucht, beide – zunächst vielleicht gegensätzlich wirkenden – Perspektiven (siehe dazu auch Galuske 2002, 293ff.) konstruktiv zu verkoppeln; es lässt sich ein auf die eigensinnigen lebensweltlichen Erfahrungen der Klienten, auf die Kontingenzen des Alltags, dessen Ganzheitlichkeit und Zieloffenheit bei dem gleichzeitigen Versuch, klar vereinbarte Ziele in nachhaltige Ergebnisse zu transformieren, um Hilfen und deren Wirkungen zu koordinieren, zu begleiten, zu messen, auszuwerten und zu dokumentieren.

Im Folgenden soll gefragt werden, wie der Versuch gelingen kann, dass CM Lebensweltorientierung und Ökonomisierung in der Sozialen Arbeit konstruktiv verbindet. Dabei wird insbesondere auf das Konzept des *Systemischen Case Managements,* im Weiteren kurz *SCM* abgekürzt (siehe Kleve / Haye / Hampe-Grosser / Müller 2003), eingegangen. Bevor jedoch dieses Konzept hinsichtlich seiner Fall- und System- bzw. Organisations- und Netzwerkebene dargestellt wird (2.5), sollen zunächst einige zentrale Bestimmungsmerkmale des CM expliziert werden (2.2), um daran anschließend herauszuarbeiten, welche organisatorischen Voraussetzungen und Transformationen erforderlich sind, um CM so zu realisieren, wie die Theorie es für möglich hält (2.3). Denn es reicht nicht aus, CM zwar auf der Fallebene einzuführen, aber die Organisation(en) Sozialer Arbeit unverändert zu lassen. Vielmehr setzt die erfolgreiche Implementierung von CM voraus, dass sich zugleich die organisatorischen Strukturen und Finanzierungslogiken der Sozialen Arbeit wandeln und weiter entwickeln. Welche theoretischen Dimensionen diesbezüglich zu diskutieren sind, wird ausgeführt, um sodann exemplarisch Arbeitsfelder zu untersuchen, in denen bereits begonnen wurde, organisatorische Veränderungen zu realisieren (2.4).

2.2 Zentrale Bestimmungselemente von CM

CM ist eine Methode, die – wie die Soziale Arbeit generell – die „Hilfe zur Selbsthilfe“ anstrebt, die also versucht, die Klienten hinsichtlich ihrer eigenen Kräfte, Stärken und Ressourcen zu fördern und zu unterstützen, so dass sie ihre Belange (wieder) selbst und eigenverantwortlich regeln und gestalten können. Daher setzt dieser Ansatz bei der Analyse und Aktivierung von informellen, privaten Hilfemöglichkeiten in den Lebenswelten der Klienten (im Sinne von Subsidiarität und Empowerment) an und versucht diese Orientierung insbesondere durch vier zentrale Aktivitäten zu realisieren, und zwar durch die Analyse, Gestaltung und Aktivierung von:

1) klienteneigenen (persönlichen) Ressourcen,
2) lebensweltlichen, informellen Netzwerken bzw. privaten sozialen Beziehungen,
3) öffentlichen, formellen Netzwerken bzw. professionellen sozialen Beziehungen sowie
4) durch die Vermittlung, Verschränkung und Koordination von informellen (nicht-professionellen, privaten) und formellen (professionellen, öffentlichen) Hilfen.

Eine wesentliche Aufgabe des CM ist es, komplexe Hilfeverläufe ressourcenorientiert so zu gestalten, dass Passungen und Synergieeffekte zwischen unterschiedlichen Hilfen in einem Fall möglich sind. Damit soll freilich das Ziel optimaler Lösungen für die Probleme von Klienten verknüpft werden mit dem Bestreben der Kostensenkung. Die einleitend erwähnten Leitgrößen des CM werden in diesem Zusammenhang bereits deutlich, nämlich zum einen *Effektivität*, also die Gestaltung eines passenden Verhältnisses von Zielen und Ergebnissen (Zielwirksamkeit) und zum anderen *Effizienz*, also Wirtschaftlichkeit (Verhältnis von Aufwand und Nutzen).

Hinsichtlich der Effektivität versuchen CM-Prozesse, Hilfen so wirksam und nachhaltig wie möglich zu gestalten. Deshalb ist es wichtig zu sehen, dass jedes Helfen eine Gefahr in sich birgt, nämlich die Gefahr der Nicht-Hilfe, die Gefahr, dass Klienten durch die Hilfe nicht gestärkt und gefördert, nicht hinsichtlich ihrer Selbstaktivität und Selbstwirksamkeit gestützt werden, sondern dass sie eine Abhängigkeit vom Hilfesystem entwickeln. Reinhart Wolff (1990) bezeichnet eine solche nicht gewollte Nebenfolge von professioneller Hilfe als *zentrales Hilfeparadoxon* (vgl. ausführlich dazu Kleve 1999, 270ff.; 2000, 106ff.). Dieses Paradoxon soll mit CM ausgehebelt werden, und zwar durch die strikte Selbsthilfeorientierung, den sparsamen Einsatz von Personal und Zeit sowie durch die Koordination der unterschiedlichen fallbezogenen Hilfen.

Aber alle beschriebenen Bestimmungsmerkmale des CM hängen nicht nur von der Methode selbst ab, sondern immer auch von der organisatorischen Einbettung der CM-Prozesse. Genau dies soll im Folgenden anhand konkreter Vorschläge für die Transformation und Entwicklung sozialarbeiterischer Organisationen diskutiert werden.

2.3 Organisationstransformation durch Flexibilisierung und raumbezogene Steuerung

Wolfgang Budde und Frank Früchtel (2004, insb. 3ff.) unterscheiden vier Felder der Sozialraumorientierung, die unsers Erachtens auch dazu dienen können, die Dimensionen des CM zu differenzieren. Demnach lassen sich zwei methodische Ebenen und zwei organisatorische Ebenen unterscheiden. Die methodischen Ebenen beziehen sich insbesondere – *erstens* – auf eine *stärken- und ressourcenorientierte Fallarbeit* und – *zweitens* – auf eine *kontextuelle Erweiterung der Fallbetrachtung hin zu einem gemeinwesen- und netzwerkorientierten Blick* (vgl. dazu auch Hampe-Grosser / Kleve 2005). Diese beiden Methodenebenen werden wir im Kontext der Beschreibung der sechs Schritte des SCM noch ausführlicher darstellen (siehe 2.5). Hier sollen zunächst die beiden organisatorischen Ebenen im Zentrum stehen, zum einen die *Flexibilisierung der Organisationen Sozialer Arbeit* und zum anderen die *raumbezogene Steuerung als sozialarbeiterische Organisations- und Finanzierungsform*. Diese beiden Postulate der Organisationsentwicklung im Kontext von Sozialraumorientierung lassen sich nach unserem Dafürhalten ohne Einschränkungen auch auf die organisatorische Realisierung des CM beziehen.

2.3.1 Flexibilisierung

Eine Flexibilisierung der Organisationen Sozialer Arbeit ist eine Voraussetzung für gelingende CM-Prozesse, da nur so von den Interessen, Bedürfnissen und Problemen der Klienten, kurz: von ihren Lebenswelten ausgegangen werden kann und Hilfen möglich werden, die für die Klienten tatsächlich Lösungen in Aussicht stellen. Wie mit dieser These bereits deutlich wird, beziehen sich flexible Organisationen auf die differenzierten und sehr vielfältigen sozialen Problemlagen und individuellen Schwierigkeiten der Klienten. Eine zentrale Forderung lautet daher, dass Organisationen Sozialer Arbeit *nachfrage- statt angebotsorientiert* zu gestalten sind. Dies ist in der Praxis jedoch oft noch anders. In der Kinder- und Jugendhilfe konnten wir häufig beobachten, wie einzelne Paragraphen des SGB VIII im Rahmen der Hilfeplanung als rechtliche Hülsen benutzt wurden, in welche die Fälle sodann eingepresst werden mussten. „Ein bestimmtes Angebot erzieherischer Hilfen schafft seine ihm korrespondierende Nachfrage, und *nicht* umgekehrt“, wie dies Roland Merten (2002, 12) treffend zusammenfasst.

Hinter dem Postulat der Nachfrageorientierung steht die Forderung, dass Organisationen sich mit dem Wandel individueller Bedarfslagen und sozialer Probleme ebenfalls verändern. Organisationen sollen demnach fallorientiert strukturiert werden: „Der ‚Fall‘ informiert die Organisation, welche Strukturen funktional sind, und es gilt *form follows function*“ (Budde / Früchtel 2004, 10; Hervorhebung durch uns, d. A.). Um eine solche Flexibilität, Veränderungs- und Lernfähigkeit von Organisationen zu erreichen, müssen diese komplizierter bzw. komplexer werden, so dass sie „sich an jede Nachfrage anpassen können (lernende Organisation), anstatt die Klienten an sich anzupassen oder aussondern zu müssen“ (ebd.).

Budde und Früchtel (ebd.) entwickeln ein Konzept der organisatorischen Flexibilisierung, das es ermöglicht, Hilfen als „elastische Maßanzüge“ zu konstruieren. Damit solche Anzüge entstehen können, werden vier Organisationsstrategien vorgeschlagen:

1. die bereits erwähnte Nachfrageorientierung bzw. *form follows function*,
2. die Entwicklung von unterschiedlichsten Lösungen aus einer Hand, d. h. ausgehend und gestaltet in einer Organisation,
3. die Entwicklung von Lösungen vor Ort, in unmittelbarer Lebensweltnähe der Klienten und
4. die organisatorische Gestaltung von Hilfen als Lösungsplanung, die Organisationsentwicklung und -lernen impliziert.

Damit Organisationen in dieser Weise von den Fällen lernen und sich auf die Klienten beziehen sowie sich davon ausgehend permanent wandlungsfähig halten, benötigen sie – und dies mag paradox klingen – eine große Stabilität, vor deren Hintergrund erst ständiges Lernen und das Potenzial des permanenten Wandels möglich wird. Budde und Früchtel (ebd., 12) empfehlen, dass lernende Organisationen diese Stabilität erreichen können durch:

1. „eine Organisationsphilosophie, die Anschlüsse in der Lebenswelt sucht, anstatt sich in sich selbst zu erschöpfen und die Bereitschaft, die Organisationen entscheidend und unwiderruflich zu verändern“,

2. „reflexive Teamkompetenzen, die den Wechsel von Perspektiven zum Routinegeschäft machen und so Mitarbeiter unterstützen, das Wissen immer wieder einzuklammern, das sie routiniert handeln lässt",
3. „Führungskräfte, die ein solch plurales Sinn- und Wandlungssystem autorisieren [...] und Mitarbeiter unterstützen, die Verunsicherungen entstrukturierter Praxis auszuhalten".

2.3.2 Raumbezogene Steuerung

Mit dem Konzept der raumbezogenen Steuerung wird ein Ansatz der Organisationsveränderung umschrieben, der von unterschiedlichen Aspekten wie der Regionalisierung der Organisation (Hilfen / Lösungen vor Ort), der kooperativen Steuerung in Sozialraumteams, der dezentralen Ressourcen- bzw. Finanzverantwortung, dem Controlling und – aus unserer Sicht vor allem – der Einführung von alternativen Finanzierungsformen wie der Sozialraumbudgets gekennzeichnet ist (vgl. Budde / Früchtel 2004, 13). Mit Steuerung wird hier zwar nicht nur die Steuerung durch das Medium Geld bezeichnet, sondern freilich beispielsweise auch die fall- und sozialraumbezogene Kooperation unterschiedlichster Träger. Aber Geld ist *die* Energie, die die wirtschaftliche Existenz von Organisationen sichert und die eine entscheidende Kontextbedingung ist für die Frage, wie Hilfen durchgeführt werden können. Daher soll hier insbesondere für die intelligente Nutzung dieses organisatorischen Steuerungsmediums plädiert werden.

Jedenfalls scheint die derzeitige Finanzierung von Organisationen (insbesondere von freien Trägern) in vielen sozialen Arbeitsfeldern wenig intelligent zu sein, führt sie doch dazu, dass zentrale Bestimmungsmerkmale des CM nicht greifen können. Die zur Zeit am häufigsten genutzten Finanzierungsprinzipien sind die so genannten Fachleistungsstunden- und Tagessätze. Demnach werden die Leistungen einzelfallbezogen finanziert in Abhängigkeit von der Zeit, die für eine bestimmte Hilfe aufgewendet wird. Dies führt zu der kurzen Formel: Je mehr Zeit in einen Einzelfall investiert wird, desto mehr Geld erhält eine Organisation. Und das Erhalten von Geld ist eine wirtschaftliche Hauptaufgabe jeder Organisation, die ihre Existenz sichern und vielleicht gar expandieren will – zumindest im autopoietisch organisierten Funktionssystem Wirtschaft (vgl. Luhmann 1988), an dem sich inzwischen auch jede sozialarbeiterische Organisation orientieren muss.

Diese strukturelle Logik führt jedoch nicht dazu, dass der methodische Versuch von CM gestützt wird, einzelfallbezogen mit weniger Zeit auszukommen, ja zu erreichen, dass Hilfen so kurz wie möglich sind – im Gegenteil: Organisationen, die in dieser Art finanziert werden, tendieren dazu, Fälle zeitlich auszudehnen, vor allem dann, wenn der „Nachschub" von neuen Fällen stockt. Und dies ist in jüngster Zeit zumindest in der Jugendhilfe nicht selten. Da die öffentlichen Träger das Ziel haben, so wenige Fälle wie möglich an freie Träger zu delegieren. Denn die Delegation von Fällen kostet Geld, und das ist bekanntlich kaum vorhanden und soll gespart werden.

Für freie Träger, die im Sinne der Modelle Fachleistungsstunde oder Tagessatz finanziert werden, lohnt sich eine zeitsensible, eine kurze Hilfe eher nicht. Denn das Geld fließt dann, wenn Probleme bearbeitet werden. Daher lautet die Forderung des Konzeptes der raumbezogenen

Steuerung, *dass die Finanzierung der Organisationen entkoppelt werden soll von der Fallarbeit.* Eine alternative Bezugsgröße für die Finanzierung könnten Sozialräume sein, über die freie Träger Budgets erhalten, die ihnen eine Fall unabhängige Finanzierung über vereinbarte Zeiträume sichert. Das Ziel müsste jedenfalls sein, dass zeitsensible und nicht -verschwenderische Hilfen für Träger attraktiv sind. *Verdient werden sollte nicht mit dem Bearbeiten von Problemen, sondern mit der Gestaltung und Inszenierung von Lösungen.*

In der Geschichte der Professionen gibt es diesbezüglich durchaus Vorbilder, worauf Budde und Früchtel (2004, 15) hinweisen: „Im antiken China wurden Dorfärzte von allen gesunden Dorfbewohnen bezahlt. Wer krank wurde, zahlte nicht mehr. Der Arzt hatte ein verständlicherweise großes Interesse an schnellen und nachhaltigen Genesungsprozessen und die Gemeinde war daran interessiert, dass nicht all zu viele eingebildete Kranke fähige Ärzte in die Migration trieben." Das Interessante ist nun, dass Sozialraumbudgets das Potenzial haben, in einer ähnlichen Weise zu funktionieren: Sie beziehen sich „auf einen geographischen Raum [...] und [gelten] alle im Rechnungsjahr dort anfallenden Unterstützungsbedarfe pauschal ab[...]" (ebd.). Träger, die nach diesem Modell finanziert werden, haben ein Interesse daran, zum einen Fälle im Sozialraum zu verhindern, also sozialräumliche Prävention zu betreiben, und zum anderen die zu bearbeitenden Fälle so schnell und nachhaltig wie möglich wieder zu Nicht-Fällen zu machen. Denn hier bringt nicht die Fallarbeit das Geld, sondern im Gegenteil: Sie frisst Ressourcen. Attraktiv für Träger ist vielmehr, entweder Hilfen durch präventive Maßnahmen ganz zu verhindern oder kurze und nachhaltige, also langfristig greifende Lösungen mit den Klienten gemeinsam zu gestalten und zu realisieren.

2.4 Organisationstransformationen in unterschiedlichen Arbeitsfeldern

In einigen sozialen Arbeitsfeldern wurde bereits begonnen, Organisationen weiter zu entwickeln und zu verändern (vgl. Müller 2006). Daher soll dies im Folgenden knapp dargestellt und untersucht werden, ob diese organisatorischen Veränderungen die benannten Postulate der *Flexibilisierung* und der *raumbezogenen Steuerung* erfüllen können, ob andere Formen der Organisationsentwicklung praktiziert werden oder ob diese Ebene bei der CM-Implementierung noch gar nicht erreicht ist. Dies geschieht exemplarisch an den Arbeitsfeldern Arbeitslosenhilfe, Gesundheitssystem, Kinder- und Jugendhilfe sowie Suchthilfe.

2.4.1 CM bzw. Fallmanagement in der Arbeitslosenhilfe

Die so genannten Hartz-Reformen haben in umfassender Weise rechtliche und damit programmatische Veränderungen in der Arbeitslosenhilfe bewirkt. Mit den Hartz-Reformen wurde der Versuch unternommen, die Organisationen der Arbeitslosenhilfe zu flexibilisieren. Mit der Neubildung der JobCenter, dem Zusammenschluss der Arbeitsagentur mit den örtlichen Sozialhilfeträgern, ist ein schon seit längerem geforderter organisatorischer Schritt getan worden, der dazu beitragen soll, dass die Organisation der Arbeitsvermittlung bzw. das Organisieren der Hilfe fle-

xibler gestaltet werden kann (vgl. Göckler 2004, 6). Der Zusammenschluss von Arbeitsagentur und kommunalem Träger im JobCenter kann auch als *nachfrageorientierte* Umstrukturierung in der Arbeitslosenhilfe verstanden werden, weil nun das Know-how beider Träger dafür eingesetzt werden soll, die Menschen wieder in Arbeit zu bringen (vgl. ebd.). Zu den Menschen, die wieder am Arbeitsvermittlungsprozess beteiligt sind, gehören auch ehemalige Sozialhilfeempfänger, die jetzt über das Arbeitslosengeld II in den Zuständigkeitsbereich der Arbeitsagentur gewechselt sind.

In den JobCentern sollen die Fallmanager gemeinsam mit den Arbeitsuchenden *Lösungen aus einer Hand* erarbeiten, d. h., sie sind diejenigen, die im Vermittlungsprozess kontinuierlich präsent sind, und verschiedene soziale Dienstleistungen in die Vermittlung durch ein intensives Fallmanagement einbinden (vgl. Bohrke-Petrovic 2005, 3).

Lebensweltnähe oder Hilfeprozesse als Bestandteil organisatorischen Lernens spielen in der Diskussion um das CM in der Arbeitslosenhilfe keine nennenswerte Rolle. Während sich die Lebensweltferne aus einer stärkeren Orientierung an Inklusionskriterien erklären lässt, scheint ein Verständnis der lernenden Organisation aktuell noch von den erheblichen Umsetzungsschwierigkeiten bei der Etablierung des Fallmanagements in der Praxis blockiert zu sein.

Bezogen auf die Frage der *raumbezogenen Steuerung* sind die JobCenter durchaus als regionalisierte Zusammenschlüsse der Bundesagentur für Arbeit und der kommunalen Sozialhilfeträger zu verstehen, versuchen sie sich doch, auf kleinere räumliche Einheiten zu beziehen. In diesen kleineren raumbezogenen Einheiten soll in kooperativer Arbeitsweise zwischen Arbeitsagentur und Kommune eine bessere Beratung der Arbeitssuchenden, eine gezielte Gestaltung der Hilfelandschaft gewährleistet und somit die Inklusionschancen in das Wirtschaftssystem erhöht werden (vgl. ebd., 4). Darüber hinaus sind die Fallmanager im Vermittlungsprozess die persönlichen Ansprechpartner und Betreuer für die Arbeitsuchenden; sie haben die Fall- und Budgetverantwortung und sorgen für die Zielformulierungen im Vermittlungsprozess (vgl. ebd., 9). Damit wird versucht, eine stärker nutzerorientierte dezentrale Finanzierungsform in der Arbeitslosenhilfe zu etablieren.

2.4.2 CM im Gesundheitswesen

Bei detaillierter Betrachtung des CM im Gesundheitssystem fällt die sehr differenzierte und weite Entwicklung der Methode in den unterschiedlichsten Gesundheitsbereichen auf. Als exemplarisches Beispiel soll das CM in der stationären Medizin und Pflege dienen, das insbesondere mit der Einführung und endgültigen Etablierung (01.01.2008) der *Diagnosis Related Groups* (DRGs im Sinne § 17b KHG) für die hier entwickelte Perspektive interessant ist. Denn diese Implementierung wird den Klinikalltag in den nächsten Jahren stark prägen. Dies vor allem, weil die Frage der effizienten und effektiven Steuerung von medizinischen, Pflege- und Krankenhausprozessen mit der Einführung der DRGs nun eine wichtige, nicht zuletzt ökonomische Bedeutung hat.

Mit dem DRG-System stehen Krankenhäusern für die Behandlung ihrer Patienten *Fallpauschalen* zu, die sich auf der Grundlage von Patientenklassifikationssystemen im zur Verfügung stehenden Volumen unterscheiden. Gelingt es, für die Behandlung eines DRG-Patienten weniger Geld aufzuwenden als durch die Fallpauschale zur Verfügung steht, macht das Krankenhaus mit der Behandlung Gewinn. Gelingt es dagegen nicht, die Behandlung im Rahmen des durch die Fallpauschale zur Verfügung gestellten Geldes durchzuführen, macht das Krankenhaus Verlust. Dieses System ist in der Praxis sehr ausdifferenziert, aber in seiner Vergütungslogik generell so ausgerichtet wie beschrieben. Die Krankenhäuser sind damit aufgrund der veränderten ökonomischen Rahmenbedingungen dazu aufgefordert, ihre organisatorischen, medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Prozesse möglichst passgenau bezogen auf die optimale Versorgung der Krankheit des Patienten zu vernetzen und ihre organisatorischen Prozesse daran auszurichten.

Mit der veränderten Finanzierungsweise im klinischen Bereich ist auch die Vorstellung der *Flexibilisierung der Organisationen* verbunden. So ist nun eine stärker patientenbezogene, bedürfnisorientierte und damit *nachfrageorientierte* Arbeitsweise möglich. Die Case Manager haben den Behandlungsprozess im Krankenhaus in der Hand und gestalten ihn hauptverantwortlich; sie müssen dabei nicht nur die internen Prozesse des Krankenhauses für eine optimale Behandlung koordinieren, sondern auch über das Krankenhaus hinaus die Versorgung der Patienten organisieren und so für eine bestmögliche ambulante Versorgung bei verkürzten stationären Liegezeiten sorgen (vgl. Kellnhauser 2004, 397).

Die lebensweltnahe Organisation der Behandlung spielt dabei eine untergeordnete Rolle, weil die Koordinierungsarbeit sich eher auf die Einbindung von professionellen Fachdiensten zur Unterstützung der Gesundung konzentriert als auf die Nutzung und Einbindung lebensweltlicher Ressourcen.

Mit der patientenorientierten Behandlungsplanung ist zumindest theoretisch jener Fall, welcher den einzelnen DRG-Gruppen zugeordnet werden kann, als der Bezugspunkt für eine *lernende Organisation* zu verstehen. Denn wenn es gelingt, die Prozesse innerhalb einer Klinik so zu gestalten, dass die optimale Versorgung der DRG-Patienten und damit eine bessere Heilung gewährleistet sind, wird dies im DRG-System finanziell belohnt.

Die Neugestaltung der Klinikfinanzierung und die Verbreitung des CM haben auch Auswirkungen auf die *raumbezogene Steuerung*. Dabei hat die Regionalisierung der Organisationen oder gar der Sozialraum als Bezugspunkt der Klinik bzw. des CM eher keine besondere Bedeutung. Die räumliche Nähe der ambulanten medizinischen Dienstleistung am Wohnort des Patienten ist zwar nach dem Krankenhausaufenthalt wichtig, aber für den CM-Prozess kein zwingendes Ein- oder Ausschlusskriterium. Darüber hinaus müssen der Wohnort des Patienten und damit die ambulante Versorgung nicht in dem Sozialraum liegen, in dem sich das Krankenhaus befindet. In dem komplizierten Prozess des CM in der Klinik, in den zusätzlich Status- und Professionsfragen hineinspielen, ist eine *kooperative Steuerung* unerlässlich – freilich nicht als Sozialraumteam, sondern als multiprofessionelles Team, das sich, wie schon erwähnt, weniger am Sozialraum bzw. der Lebensweltnähe orientiert, sondern an funktionalen – medizinischen – Erfordernissen (vgl. ebd., 400).

2.4.3 CM in der Kinder- und Jugendhilfe

In den letzten Jahren ist die *Sozialraumorientierung* zu einem wichtigen Konzept in der Kinder- und Jugendhilfe geworden. Die Sozialraumorientierung setzt in ihrer Theorie konsequent *nachfrageorientiert* an, nämlich „am Willen und den Interessen der Wohnbevölkerung" (Hinte 2002, 92; Budde / Früchtel 2004). Sozialraumorientierung hat sich dem Prinzip der aktivierenden Arbeit und der Förderung von Selbsthilfe verschrieben. Das CM ist systematisch und von seinen Prämissen her direkt anschlussfähig an die Sozialraumorientierung und besonders geeignet für die Fallarbeit in sozialraumorientierten Rahmenkonzepten (vgl. Müller 2004), und als solches wird es auch am ehesten in der Kinder- und Jugendhilfe angewendet.

Die *Flexibilisierung der Organisationen* der Kinder- und Jugendhilfe und hier insbesondere der öffentlichen Träger kommt eher langsam in Gang. Dafür mag es vielfältige Gründe geben, ein wesentlicher ist sicherlich, dass gerade große Organisationen wie die Jugendämter sich nur sehr vorsichtig umstrukturieren und verändern. Deshalb kann in der Jugendhilfe bisher auch nur begrenzt von einem nachfrageorientierten *form follows function*-Verständnis gesprochen werden. Aufgrund seiner zentralen Stellung im KJHG (§ 79 SGB VIII) hat das Jugendamt als verantwortlicher öffentlicher Jugendhilfeträger die Hilfeplanung in der Hand. Dabei kann durch die Sozialraumorientierung eine verstärkte Hinwendung zum Sozialraum bzw. der Lebenswelt der Bürger beobachtet werden, z. B. durch die Verlagerung der Büros in die Sozialräume der Menschen oder eine stärkere Einbindung der Ressourcen der Klienten in die Hilfen.

Wegen der schon benannten eher niedrigen Veränderungsgeschwindigkeit von großen Organisationen stellt auch die Lösungsplanung nur in seltenen Fällen die Bezugspunkte für die Organisationsentwicklung und das Organisationslernen dar. Überhaupt ist die Frage des organisatorischen Lernens eher keine, die in den Organisationen der Kinder- und Jugendhilfe offensiv thematisiert wird. Eine Ausnahme stellen Projekte dar, die sich am Konzept der Flexiblen Erzieherischen Hilfen orientieren (vgl. Müller 2003).

Die Rahmenbedingungen für Kinder- und Jugendhilfe sind in den letzten Jahren in vielen Regionen stark verändert worden, so dass förderliche Bedingungen zur *raumbezogenen Steuerung* geschaffen wurden (z. B. Stiefel 2002). So sind die Organisationen der Kinder- und Jugendhilfe mittlerweile stärker regionalisiert, etwa durch neu gebildete Sozialraumteams oder auch durch die räumliche Präsenz im Sozialraum. In der stärker regionalisierten Struktur wird auch ein kooperatives Miteinander von freien und öffentlichen Trägern und darüber hinaus angestrebt und praktiziert. Jedenfalls lässt sich CM im Kontext von Sozialraumorientierung auf der Fallebene der Kinder- und Jugendhilfe verorten (siehe etwa Kleve / Haye / Hampe-Grosser / Müller 2003, 137ff.; Jager 2005), findet aber auch zunehmend als Organisations-, Kontext- und Netzwerkmanagement Beachtung (vgl. Hampe-Grosser / Kleve 2005; näheres dazu unter IV). Abzuwarten bleibt, inwiefern sich alternative Finanzierungsformen, insbesondere die Sozialraumbudgets durchsetzen werden, oder aber ob die rechtlichen Bedenken (siehe etwa Münder 2001) eine Einführung dieser innovativen Form der Organisationssteuerung verhindern.

2.4.4 CM in der Suchthilfe

In vielen Bereichen der Suchthilfe ist die Arbeit davon bestimmt, dass eine umfassende Hilfe für abhängige Menschen von verschiedenen und voneinander getrennten Versorgungssystemen erbracht wird (vgl. Schu 2001, 33.). Neben der Schwierigkeit der voneinander getrennten Versorgungssysteme werden viele Abhängige nur unzureichend erreicht bzw. können nur unzureichend versorgt werden. Vor diesem Hintergrund hat das Bundesministerium für Gesundheit in der Zeit von 1995 bis 2000 ein Modellprojekt zum CM in der Suchtkranken- und Drogenhilfe initiiert (vgl. Oliva / Görgen / Schlanstedt / Schu / Sommer 2001), das im Folgenden genauer betrachtet wird. Damit wird ein modellhaftes Idealbild beschrieben, das in der Suchthilfe-Praxis zwar in Teilbereichen umgesetzt wird, aber in der dargestellten Weise nicht als Standard in der Suchthilfe (miss)verstanden werden sollte.

In dem genannten Modellprojekt sind Elemente zu finden, die den Kriterien der *Flexibilisierung der Organisationen* entsprechen. Mit der Entscheidung, das CM als nachgehende Arbeit zu praktizieren, ist die Praxis *nachfrageorientiert* ausgerichtet. Dabei handelt es sich um eine Arbeitsweise, die im CM als „entpädagogisierte Beratungsarbeit" (Meinhold 2001, 365) seltener praktiziert wird, aber am Bedarf der Nutzer orientiert ist und – auf diese bezogen – eine angemessene Arbeitsweise darstellt.

Wichtige Aufgabe der Case Manager ist es, für eine bessere Abstimmung im Gesamthilfeprozess zu sorgen – mithin die Lösungsplanung in der Hand zu behalten und gegebenenfalls zu koordinieren. Durch die Gestaltung der Hilfeprozesse als nachgehende Arbeit halten die Case Manager sich an den Orten auf und bieten dort Lösungen an, wo die Nutzer sind. Sie versuchen so, die Lösungen vor Ort und in unmittelbarer Lebensweltnähe der Nutzer zu entwickeln (vgl. Oliva / Görgen / Schlanstedt / Schu / Sommer 2001, III). Insgesamt hat durch die Ausrichtung der Arbeit an nachgehenden Prämissen die Lösungsplanung direkten Einfluss auf die Organisationsentwicklung und das Organisationslernen. Die als Prozess der Umorientierung der Suchthilfe von einer einrichtungbezogenen Hilfeerbringung zu einer personenzentrierten Hilfeerbringung beschrieben werden kann (vgl. ebd., IV).

Das Modellprojekt war bundesweit angelegt, und es gab auch Elemente einer *raumbezogene Steuerung*. Es wurden in jedem Bundesland zwei Modellregionen eingerichtet, und damit eine Regionalisierung der Organisationen vorgenommen (vgl. ebd., I). Die fallbezogene Koordination war förderlich für eine verbesserte, kooperative Steuerung in den Modellregionen und konnte so die Schnittstellenprobleme zwischen den beteiligten Versorgungssystemen minimieren (vgl. ebd., III).

Die schon genannte breite Versorgungsträgervielfalt und die sich daraus ergebende Ressortvielfalt in der Suchthilfe verhindert eine dezentrale Praxis der Ressourcen- und Finanzverantwortung. Denn jedes Versorgungssystem muss die Freigabe der zur Verfügung gestellten eigenen ökonomischen Ressourcen systemintern begründen und legitimieren. Die Etablierung alternativer Finanzierungsformen ist daher erheblich behindert oder sogar verhindert, weil kostenträgerübergreifende Lösungen gefunden werden müssten, die auch den Verfahrens- bzw. Systemnotwendigkeiten der einzelnen Geld gebenden Ressorts entsprechen (z. B. zwischen Krankenkasse, Berufsgenossenschaft, Arbeitsagentur). Von der Modellprojektfinanzierung abgesehen ist daher gegenwärtig keine alternative Finanzierungsform aktuell.

2.5 Fall- und Netzwerkarbeit durch Systemisches Case Management

Abschließend soll eine knappe Einführung in das *SCM* gegeben werden (vgl. Kleve / Haye / Hampe-Grosser / Müller 2003), das das klassische CM (siehe grundlegend Wendt 1997) mit Methoden und Verfahren aus dem breiten Feld der systemischen Beratung und Sozialarbeit (siehe aktuell Pfeiffer-Schaupp 2003; Hosemann / Geiling 2005) verknüpft. Ohne hier im Einzelnen darauf eingehen zu können (siehe ausführlich etwa Kleve 2003), soll lediglich angemerkt werden, dass das SCM von der systemischen Theorie und ihren Konzepten ausgeht, die mit Begriffen wie *Autopoiesis / Selbstreferenz*, *Komplexität* und *Kontingenz* benannt werden können. Daraus folgt eine grundsätzliche Skepsis gegenüber der Idee, psychische und soziale Prozesse zielgerichtet steuern und beeinflussen zu können. Wozu Beratung, Soziale Arbeit oder auch Therapie lediglich in der Lage sind, ist, *Rahmenbedingungen zu schaffen, innerhalb derer sich Personen und soziale Systeme selbst entwickeln können.* Solche Prozesse der Selbstentwicklung kann das CM konstruktiv stützen, koordinieren und begleiten. Aber eigentlich ist diese Auffassung nicht neu, sie radikalisiert systemtheoretisch begründet lediglich das, was seit den Anfängen der Sozialen Arbeit eine normative Erwartung an diese Profession ist: Hilfe zur Selbsthilfe zu leisten.

SCM ist besonders aufgrund der großen methodischen Variationen für die Arbeit bei einer hohen Akteurs- bzw. Organisationsdichte hilfreich und geeignet. Wie die grundsätzliche Ausrichtung von CM bezieht sich SCM auf die Fall- *und* Struktur- bzw. Systemebene. In den Publikationen zum CM werden zumeist jedoch lediglich die Phasenschritte beschrieben; dies verführt oft dazu, auf der Fallebene zu verweilen. Demgegenüber benennen etwa Nora van Riet und Harry Wouters (2002) das *Linking* als einen zentralen Schritt für einen CM-Prozess und verkoppeln so die Fall- mit der Strukturebene.

Linking als eigenen Schritt im Phasenmodell des SCM aufzunehmen, ist jedoch entbehrlich. Bereits über den ersten Schritt im SCM, der *Kontextualisierung*, öffnet sich die Perspektive auf die bestehende Strukturebene. Im weiteren Verlauf des SCM erfolgt über die Ziel- und spätestens im Rahmen der Handlungsplanung die deutliche am Einzelfall orientierte (Neu-)Ausrichtung der Strukturebene.

Patricia und Salvador Minuchin sowie Jorge Colapinto (2000, 98) schlagen im Kontext der Arbeit mit Multiproblemfamilien im Rahmen der Jugendhilfe folgende, auf die Akteursdichte bezogene Handlungsmaxime vor: „Eine der hilfreichsten Interventionen zugunsten einer Familie kann darin bestehen, dass organisatorische Veränderungen veranlasst werden, damit Dienstleistungen koordinierter, familienfreundlicher und effizienter gestaltet werden können.“ An diesen Gedanken koppelt SCM an. Im SCM wird vom ersten Moment an rekursiv untersucht, inwiefern die zur Wahl stehenden Dienstleistungen koordiniert, klientenfreundlich und effizient gestaltet sind, wo Lücken oder Überfürsorge bestehen und welche Kooperationen hilfreich bzw. hinderlich sind.

SCM bezieht sich grundsätzlich auf die beiden zentralen Phasen des CM: auf die Falleinschätzung (*Assessment)* und die Hilfeplanung. Diese Phasen werden in systemischer Weise in sechs Punkte differenziert. Die Falleinschätzung wird aufgegliedert in *erstens* Kontextualisierung,

zweitens Problem- und Ressourcenanalyse sowie *drittens* Hypothesenbildung. Als Hilfeplanung dienen *viertens* die Zielvereinbarungen und *fünftens* die Handlungsplanung. Den Abschluss des SCM bildet der *sechste* Schritt, die Evaluation. Im Folgenden sollen einige wichtige Aspekte dieser einzelnen Schritte mit Blick auf die Struktur- und Netzwerkebene von CM-Prozessen knapp skizziert werden (siehe ausführlich noch einmal Kleve / Haye / Hampe-Grosser / Müller 2003).

2.5.1 Kontextualisierung

Während der Kontextualisierung geht es darum, zwei zentrale Kontexte des Falls zu explizieren: zum einen den lebensweltlichen Kontext der Klienten und zum anderen den Kontext der Organisationen, in denen die Klienten inkludiert sind. Als Kontext wird der Zusammenhang, der Rahmen verstanden, innerhalb dessen die Klienten sich verhalten. Die Betrachtung dieses Rahmens ist wichtig, um die Bedeutung der Verhaltensweisen der Klienten (inklusive ihrer Probleme und Symptome) angemessen einschätzen zu können. Die Kontextualisierung erfolgt insbesondere durch *dissoziierte* Verfahren wie Genogramme und Netzwerkkarten (Soziogramm, Öko Map, Fallanalyse-Schemata, soziales Atom, Figuren) und / oder durch *assoziierte* Methoden wie Familienskulptur/systemische Aufstellungsarbeiten. So ist es schnell möglich, alle relevanten Personen und Organisationen, die im Fall involviert sind, in den Blick zu bringen.

Des Weiteren kann bereits deutlich werden, mit welchen Personen oder Organisationen Kontakte zu knüpfen sind, wo also mögliche Vernetzungsaufgaben liegen. Gleichwohl lassen sich schon erste *Hypothesen* (vgl. 3. Schritt) erstellen, die in den Blick bringen, wieso die bestehenden Kooperationen möglicherweise noch nicht effektiv und effizient gestaltet sind. Schließlich wird in diesem Schritt die (mögliche) Vielfalt von Aufträgen und Rollen in einem CM-Prozess expliziert.

2.5.2 Problem- und Ressourcenanalyse

Während der Problem- und Ressourcenanalyse erfolgt die differenzierte Beschreibung der Probleme und die Entdeckung und Konstruktion von Ressourcen. Hierbei wird davon ausgegangen, dass soziale Probleme in der Regel beziehungsgeleitete Botschaften darstellen und einer hohen Relativität bzw. Beobachterabhängigkeit unterliegen. Ein Problem wird dadurch zu einem Problem, dass es von einem Beobachter (das kann auch ein soziales System sein) als Problem beschrieben wird. Es ist hier auch zu verstehen, ob und inwiefern Unterschiede in den Problembeschreibungen formuliert sind. Nicht jeder Klient hat ein Problem damit, arbeitslos, drogenabhängig, schulschwänzend, verwahrlost, gewalttätig u. ä. zu sein. Von großer Bedeutung wird somit in dieser Phase die Bewertung der Probleme durch die Beteiligten *und* ihrer relevanten Umwelten. Probleme können in eine Rangreihe gebracht werden, um hierdurch im Sinne einer Angabe der Prioritäten zu einer ersten ziel- und handlungsleitenden Idee zu kommen.

Ressourcen sind von gleichgroßer Wichtigkeit. In der Regel lassen sich nicht weniger Ressourcen als Probleme herausarbeiten. Die Arbeit an Ressourcen erfordert eine wertschätzende, respektvolle und positive Grundhaltung der Case Manager. Ressourcen lassen sich in unterschiedlichen Feldern feststellen: *persönliche, familiäre, sozialräumliche / öffentliche und ökonomische Ressourcen*.

Einen großen Nutzen für die Arbeit an Ressourcen bieten die sehr umfangreich beschriebenen hypnosystemischen (vgl. Schmidt, 2005) und lösungsorientierten (vgl. Bamberger, 1999) Ansätze und Methoden. Die Erfahrung zeigt, dass Klienten oftmals Ideen davon in sich tragen, wie sie ihre Probleme in einer fiktiv gedachten vollendeten Zukunft gelöst haben werden und hierfür Ressourcen, also Erfahrungen, aus der Vergangenheit nutzen könnten. Auch bei diesem 2. Schritt lassen sich sehr unterschiedliche dissoziierte (Problem- und Ressourcenkarten, Skalierungen, Wunderfrage usw.) und assoziierte (Time Line, Walking Scale, Meta Mirror, Resonanzmuster usw.) Methoden in der Beratung nutzen.

2.5.3 Hypothesenbildung

Im Unterschied zur Diagnostik soll der Begriff der Hypothese hier verstanden werden als eine Annahme, die nicht danach untersucht wird, ob sie richtig oder falsch ist, sondern danach, ob sie hilfreich ist. Hypothesenbildung ist von großer Bedeutung, denn hierüber wird in einem iterativen Prozess erarbeitet, welchen Sinn und welche Funktion problemstabilisierende also – inaktivierende – Muster haben. Diese Erfassung bezieht sich sowohl auf den Klienten als auch auf die Kooperation des Klienten mit dem bestehenden Netzwerk, der vorhandenen System- bzw. Strukturebene. Möglicherweise wird der Klient durch das bestehende Hilfenetzwerk in einer abhängigen und hilflosen Position gehalten, wodurch er im Kontext Klient – Netzwerk eine systemstabilisierende Rolle einnimmt.

Immer muss also auch danach gefragt werden, wer welchen Gewinn aus der gegenwärtigen (problematischen) Situation erzielt. Schließlich können auch Hypothesen gebildet werden, um eine fiktive Eskalation vorauszudenken, wohin also die problematische Situation führen könnte, wenn sich nichts verändert.

Hypothesenbildung ermahnt zur Genauigkeit, um im Übergang der Fallanalyse hin zur Ziel- und Handlungsplanung möglichst viele Eventualitäten, Hindernisse und Möglichkeiten bedacht zu haben. Methodisch ist es besonders hilfreich, wenn mehrere Sichtweisen zur problematischen Ausgangssituation eingeholt werden, um darüber die Möglichkeiten zu erweitern. Also auch zum Prozess selber können Hypothesen erforscht werden. Welche Probleme haben sich im Verlaufe des bisherigen Prozesses ergeben, und welche Chancen können für einen zukünftigen Prozess erschlossen werden? Besonders effektiv wird dieser Schritt durch die Organisation von Reflektionen im Sinne von *Reflecting Teams* (Andersen 1990).

2.5.4 Zielvereinbarungen

Im SCM ist es wichtig, zuerst Zielvereinbarungen und dann Handlungsschritte zu definieren. „Der Zielformulierungsprozess entwickelt sich vielfach von vagen Äußerungen zu klaren Definitionen" (Pfister-Wiederkehr / Vögtli 2003, CD-Rom). Zielvereinbarungen sollten den Kontext (Freiwilligkeit / Zwang?) beachten, vom Klienten formuliert werden und diesem akzeptabel erscheinen sowie kleinschrittig und realistisch zu erreichen sein. In dieser Phase bedarf es einer besonderen Sensibilität, da sich oftmals Berater in ihre eigenen Ideen von Zielen und Lösungen „verlieben" (vgl. Brandl- Nebehay / Russinger 1995).

Die Erarbeitung und Verhandlung von Zielen ist das Herzstück im SCM, der *Übergang von einer problemdeterminierten Vergangenheit hinüber in eine lösungsorientierte Zukunftsperspektive*. Im Kern wird die Frage verfolgt, wer was bis wann erreichen möchte.

Zu diesem Zeitpunkt wird das bestehende Hilfenetzwerk (Struktur) neu kalibriert. Bisherige Zielerreichungen werden bilanziert und abgeschlossen und damit Beteiligte aus dem Hilfenetz verabschiedet. Die zentrale Frage muss abgeprüft werden, ob Beteiligte heimlich und verdeckt Ziele und darüber später auch Handlungen zu beeinflussen suchen. Steht der Klient im Mittelpunkt, so richtet sich die Struktur ab diesem Schritt auf den Klienten aus und bereitet die Organisation für die Unterstützung des Klienten vor, so dass dieser die von ihm formulierten Ziele erreichen kann.

Zielvereinbarung ist Arbeit in und an Zeit und ist immer auf Zukunft ausgerichtet. Ziele sollten einen hohen Attraktivitätswert besitzen, um für den Klienten Motivation zu bieten, sich auf etwas (Ziel) hinzubewegen.

Im Übergang von der Zielvereinbarung (4. Schritt) und der Handlungsplanung (5. Schritt) erfolgt im SCM das oben genannte *Linking*, welches hier als eingearbeitetes Merkmal des besseren Verständnisses wegen noch einmal als Zwischenschritt herausgestellt wird. *Linking* bedeutet an dieser Stelle die bestehende Struktur entweder neu auszurichten oder das benötigte Netzwerk zu definieren und diesbezügliche Vereinbarungen einzuleiten. Der dialogische Organisationsprozess erfährt in dieser Phase seinen Höhepunkt. Entscheidend für das SCM ist es eine hohe Synergie und darüber eine bestmögliche Synchronisation zwischen den beteiligten Personen zu erreichen, um schlussendlich optimale Effektivität und Effizienz zu erzielen.

Die Steuerungsaufgaben auf der Strukturebene treten im SCM genau an dieser Stelle deutlich in den Vordergrund. Nach der Handlung des Klienten und der beteiligten Fachkräfte wird „abgerechnet". Und dann, zum Ende hin zeigt sich, ob der Übergang von der Fall- auf die Strukturebene gelungen und für den Klienten hilfreich war.

2.5.5 Handlungsplanung

Auf der Grundlage genauer Zielvereinbarungen erfolgt im SCM als 5. Schritt die Handlungsplanung sowie weitergehend vereinbarte Handlungsschritte. Handlungsschritte stellen den Weg zur Erreichung des bzw. der Ziele dar. Die Handlungen beschreiben, *wie* die Ziele (das „Was“) erreicht werden sollen. Handlung ist als weiteres Element eines dialogischen und reflexiven Prozesses zu verstehen. In die Handlung treten all diejenigen auf, die im vorherigen Schritt eine Zielvereinbarung trafen. Handlungen sind in der Regel parallele Prozesse.

Um eine gute Steuerung der Handlung(en) ermöglichen zu können, sind regelmäßige Monitoring-Termine zu verabreden. Wichtig ist, dass die Steuerung des Prozesses in einer Hand liegt, also, um im Bild zu sprechen, „ein Steuermann“ klar definiert ist. Dies sollte im SCM der Case Manager sein. „Kapitän des Schiffes“ ist der Klient. Gelingende Handlung ist kooperatives Teamwork. Handlungsschritte sind zukunftsorientiert.

Handlungsschritte müssen überprüfbar, also messbar sein. Sie besitzen eine zeitliche Zuordnung. Wohlgeformte Ziele und kleinschrittige Handlungen stellen die Bausteine von Vereinbarungen dar. So lassen sich auch im SCM ganz unterschiedliche Arbeitsblätter zur Kontrakt- und Prozessgestaltung nutzen. Darüber hinaus kommen Methoden wie Milestone-Diagramm, PERT-Diagramm, Skalierungen zur Anwendung.

2.5.6 Evaluation

Leitgrößen im SCM stellen für die Evaluation der Fall- und Strukturarbeit Effektivität und Effizienz dar. Im Unterschied zum Monitoring werden über die Evaluation die genannten Merkmale in der Rückschau untersucht. Hierbei ist es notwendig, die Fall- und die Strukturebene zu untersuchen. Welchen Anteil hatte das zusammengestellte Netzwerk hinsichtlich der Zielerreichung? Inwiefern war das Netzwerk hinderlich? Sind Störungen aufgetreten, die sich auf den Fall ausgewirkt haben? Somit nimmt Evaluation auf alle vorherigen Schritte des SCM Bezug.

SCM hat einen *rhizomatischen*, zirkulären Ablauf der sechs Schritte. Im SCM wird vermieden, technokratisch oder formal den Fall abzuhandeln. Der Kontext, also die Strukturebene, steht von Anfang an im Zentrum der Betrachtung und wird im Verlaufe des SCM-Prozesses dahingehend verändert, dass für den Einzelfall bestenfalls ein maßgeschneidertes und optimales Ergebnis ermöglicht wird. Den Abschluss des SCM-Prozesses bildet hoffentlich die Erkenntnis, eine der hilfreichsten Interventionen zugunsten eines Klienten oder einer Familie veranlasst zu haben.

Literatur

ANDERSEN, TOM 1990: Das Reflektierende Team. Dortmund: modernes lernen.

BAMBERGER, GÜNTER 1999: Lösungsorientierte Beratung. Weinheim: Beltz.

BOHRKE-PETROVIC, SIEGLINDE 2005: PAPs, Profiling, Vermittlung, Fallmanagement, ... Fallsteuerung durch SGB II-Organisationsdschungel. Vortragsfolien der Tagung: Arbeitsmarktpolitik im Argen? Optionen der Steuerung von Hartz IV vom 24. bis 26. Oktober 2005. http://www.loccum.de/aktuell/arbeitsmarkt/bohrke2.pdf [20.01.2006].

BRANDL-NEBEHAY, ANDREA / RUSSINGER, ULRIKE 1995: Systemische Ansätze im Jugendamt. Pfade zwischen Beratung, Hilfe und Kontrolle. In: Zeitschrift für systemische Therapie, Heft 2, 90-104.

BUDDE, WOLFGANG / FRÜCHTEL, FRANK 2004: Sozialraumorientierte Soziale Arbeit – ein Modell zwischen Lebenswelt und Steuerung. Ms. Bamberg.

DANEKE, SIGRID 2006: Stärker am Kundenwunsch orientiert. Projekterfahrungen mit dem Budgetansatz im In- und Ausland. Häusliche Pflege, Heft 1, 30-33.

GALUSKE, MICHAEL 2002: Flexible Sozialpädagogik. Elemente einer Theorie Sozialer Arbeit in der modernen Arbeitsgesellschaft. Weinheim/München: Juventa.

GÖCKLER, RAINER 2004: Argumente für ein beschäftigungsorientiertes Fallmanagement in den Arbeitsgemeinschaften. Nürnberg: Projekt SGB II, TP Markt & Integration. http://www.tacheles-sozialhilfe.de/aktuelles/2005/ argumente-fuer-ein-beschäftigungsorientiertes.pdf am 28.09.2005.

HAMPE-GROSSER, ANDREAS / KLEVE, HEIKO 2005: Systemisches Case Management als Kontext- und Netzwerkarbeit. Über die Grenzen der Jugendhilfe hinaus und wieder zurück, in: Unsere Jugend, Heft 4, 175-181.

HINTE, WOLFGANG 2002: Fälle, Felder und Budgets. Zur Rezeption sozialraumorientierter Ansätze in der Jugendhilfe, in: Merten, Roland: Sozialraumorientierung: Zwischen fachlicher Innovation und rechtlicher Machbarkeit Weinheim / München: Juventa, 91-126.

HOSEMANN, WILFRIED / GEILING, WOLFGANG 2005: Einführung in die systemische Soziale Arbeit. Freiburg / Br.: Lambertus.

KELLNHAUSER, EDITH 2004: Pflegerisches Case Management. Pflege Aktuell. Heft 8/9.

KLEIN, RICARDA 2004: Case Management im DRG-Zeitalter. Vortragsmanuskript. Deutscher Pflegekongress 2004, 159-166.

KLEVE, HEIKO 1999: Postmoderne Sozialarbeit. Ein systemtheoretisch-konstruktivistischer Beitrag zur Sozialarbeitswissenschaft. Aachen: Kersting.

KLEVE, HEIKO 2000: Die Sozialarbeit ohne Eigenschaften. Fragmente einer postmodernen Professions- und Wissenschaftstheorie Sozialer Arbeit. Freiburg / Br.: Lambertus.

KLEVE, HEIKO 2003: Sozialarbeitswissenschaft, Systemtheorie und Postmoderne. Grundlegungen und Anwendungen eines Theorie- und Methodenprogramms. Freiburg / Br.: Lambertus.

KLEVE, HEIKO 2003a: Case Management – Eine Methode zwischen Lebensweltorientierung und Ökonomisierung Sozialer Arbeit, in: Pittrich W. / Romesch W. / Sarrazin D. (Hrsg.): Kommunale Suchthilfe. Planung – Steuerung – Finanzierung, ausgewählte Beiträge aus Fachtagungen der Koordinationsstelle Sucht. Münster: Landschaftsverband Westfalen-Lippe, 73-87.

KLEVE, HEIKO 2003b: Case Management in den ambulanten Erziehungshilfen als „Brücke" zwischen Lebensweltorientierung und Ökonomisierung, in: Hennig, A. u. a. (Hrsg.): Im Dickicht der Städte. Dokumentation des FICE-Kongress in Berlin. Frankfurt / M.: IGFH-Eigenverlag.

KLEVE, HEIKO / Haye, Britta / Hampe-Grosser, Andreas / Müller, Matthias 2003: Systemisches Case Management. Falleinschätzung und Hilfeplanung in der Sozialen Arbeit mit Einzelnen und Familien – methodische Anregungen. Aachen: Kersting; 2. Auflage in Planung, Heidelberg: Carl-Auer-Systeme (2006/07).

LUHMANN, NIKLAS 1988: Die Wirtschaft der Gesellschaft. Frankfurt / M.: Suhrkamp

MEINHOLD, MARIANNE 2001: Einzelfallhilfe / Case-Management, in: Otto, Hans-Uwe / Thiersch, Hans (Hrsg.): Handbuch der Sozialarbeit/Sozialpädagogik. Neuwied/Kriftel: Luchterhand, 361-367.

MERTEN, R. (Hrsg.) 2002: Sozialraumorientierung. Zwischen fachlicher Innovation und rechtlicher Machbarkeit. Weinheim / München: Juventa.

MINUCHIN, SALVADOR / MINUCHIN, PATRICIA / COLAPINTO, JORGE 2000: Verstrickt im sozialen Netz. Neue Lösungswege für Multiproblem-Familien. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.

MÜLLER, MATTHIAS 2003: Flexible Erzieherische Hilfen – charakterisiert nach zwei Konstanten und sechs Prinzipien. Soziale Arbeit, Heft 8, 295-302.

MÜLLER, MATTHIAS 2004: Überlegungen zur Sozialraumorientierung und möglichen Konsequenzen für freie Träger, in: Sozialmagazin, Heft 3, 23-28.

MÜLLER, MATTHIAS 2006: Case Management in verschiedenen Arbeitsfeldern sozialer Dienstleistung. Ein kursorischer Überblick, in: Sozialmagazin, Heft 2, 10-17.

MÜNDER, JOHANNES 2001: Sozialraumorientierung und das Kinder- und Jugendhilferecht. Rechtsgutachten im Auftrag von IGfH und SOS-Kinderdorf e.V., in: Sozialpädagogisches Institut im SOS-Kinderdorf e.V. (Hrsg.): Sozialraumorientierung auf dem Prüfstand. Dokumentation 1 der SPI-Schriftenreihe. München: Eigenverlag, 6-124.

OLIVA, HANS / GÖRGEN, WILFRIED / SCHLANSTEDT, GÜNTER / SCHU, MARTINA / SOMMER, LISA 2001. Case Management in der Suchtkranken- und Drogenhilfe. Ergebnisse des Kooperationsmodells nachgehende Sozialarbeit. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung zum Modellbestandteil Case Management. Band 139 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden.

PFEIFER-SCHAUPP, HANS-ULRICH (Hrsg.) 2002: Systemische Praxis. Modelle – Konzepte – Perspektiven. Freiburg / Br.: Lambertus.

PFISTER-WIEDERKEHR, DANIEL / VÖGTLI, KÄTHI 2003: Werkzeugkiste des lösungs- und kompetenzorientierten Handelns. CD-ROM für OC und Mac. Luzern: interact Verlag.

RIET, NORA VAN / WOUTERS, HARRY 2002: Case Management. Ein Lehr – und Arbeitsbuch über die Organisation und Koordination von Leistungen im Sozial – und Gesundheitswesen. Luzern: Interact Verlag.

SCHMIDT, GUNTHER 2005: Einführung in die hypnosystemische Therapie und Beratung. Heidelberg: Carl-Auer Systeme.

SCHU, MARTINA 2001: Case Management und Hilfeplanung in der ambulanten Suchtkrankenhilfe. SUCHT AKTUELL Heft 1, 33.

STIEFEL, MARIE-LUISE 2002: Reform der Erziehungshilfe in Stuttgart, in: Merten, Roland (Hrsg.): Sozialraumorientierung: Zwischen fachlicher Innovation und rechtlicher Machbarkeit. Weinheim/München: Juventa. 55-67.

THIERSCH, HANS 1992: Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel. Weinheim / München: Juventa.

WENDT, WOLF RAINER 1997: Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. Freiburg / Br.: Lambertus.

WOLFF, REINHART 1990: Von der Reaktion zur Prävention – zur konzeptuellen Weiterentwicklung des Kinderschutzes in Berlin, in: Rundbrief Senatsverwaltung für Frauen, Jugend und Familie 2/90: Perspektiven zum Kinderschutz in Berlin, 21-30

Autoren

Heiko Kleve (geb. 1969), Prof. Dr., Sozialarbeiter/Sozialpädagoge (Dipl. ASFH 1996), Soziologe (Dr. phil. FU Berlin 1998), Konflikt-Mediator (ASFH 2001), Systemischer Berater (GST / DGSF 2003), Case Manager/Case Management-Ausbilder (DGS / DBSH / DBfK 2004). Professor für soziologische und sozialpsychologische Grundlagen sowie Fachwissenschaft der Sozialen Arbeit an der FH Potsdam. FH Potsdam, Fachbereich Sozialwesen, Friedrich-Ebert-Str. 4, 14467 Potsdam, E-Mail: kleve@fh-potsdam.de

Matthias Müller (geb. 1968), Diplom Sozialarbeiter / Sozialpädagoge, Case Manager / Case Management-Ausbilder (DGS / DBSH / DBfK), Dialogischer Qualitätsentwickler (Kronberger Kreis). Gastdozent für Soziale Arbeit an der Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin mit den Schwerpunkten Handlungsmethoden, Theorie und Geschichte Sozialer Arbeit; z. Zt. Promotion zum Thema Kommunikation Sozialer Arbeit. Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin, Alice-Salomon-Platz 5, 12627 Berlin, E-Mail: muellerm@asfh-berlin.de

Andreas Hampe-Grosser (1964), Diplom-Sozialarbeiter / Sozialpädagoge, Familientherapeut / systemischer Berater (DGSF), Supervisor (SG), Case Manager / Case Management-Ausbilder (DGS / DBSH / DBfK), Sozialmanager-Assistent (Newstand). Studium an der Evangelischen Fachhochschule Berlin; arbeitet als Sozialarbeiter im Allgemeinen Sozialpädagogischen Dienst des Jugendamtes Mitte von Berlin. Lehrbeauftragter an der Alice-Salomon-Hochschule Berlin sowie Trainer im Fort- und Weiterbildungsbereich.

Reinald Faß

3 Systemsteuerung im Case Management

3.1 Einführung

Der folgende Artikel beschäftigt sich mit der Frage der Einordnung der Systemsteuerung in den Kontext des Case-Management-Konzeptes. Es soll damit die Frage beantwortet werden, was Systemsteuerung im Case Management überhaupt bedeutet und wie in einer grundsätzlichen Betrachtung die Steuerung von Hilfesystemen überhaupt möglich ist.[1] Damit stellen die nachfolgenden Ausführungen nur einen Ausschnitt einer systematischen Betrachtung der Systemkomponenten des Case Managements dar. Die sich im Anschluss stellenden Fragen, WIE die nachfolgenden Erkenntnisse im Case Management praktisch umgesetzt werden, lassen sich aus Platzgründen hier allerdings nicht darstellen.[2] Dieser Artikel will damit nur eine aus Sicht des Verfassers längst überfällige Diskussion über Systemsteuerung im Case Management anregen und dazu erste Positionierungen bieten.

3.2 Systemsteuerung im Case Management – ein Paradigmenwechsel?

Das Konzept des Case Managements hat in seinem geografischen Ursprungsland, den USA, einen wahrhaften ‚Siegeszug' erlebt, der in die Ausbildung einer eigenständigen Profession mündete, die seit 1990 über die Case Management Society of America (CMSA)[3] eine berufs-

---

1 In Bezug auf die Steuerung sozialer Systeme wird auf die Systemtheorie Niklas Luhmann's zurückgegriffen, die zwar nicht unumstritten ist, aber aus Sicht des Verfassers durch ihre Betonung der systemspezifischen Sinnkonstruktion als Abgrenzungsmechanismus sozialer Systeme sehr gut verwendbare Erklärungen für beobachtbare Handlungen sozialer Systeme bietet.

2 Vgl. dazu die zugrundeliegende Arbeit des Verfassers (Dissertation), in der die praktische Umsetzung der hier dargestellten Thesen im Case Management ausführlich diskutiert wird (s. Faß 2009).

3 Im Internet unter http://cmsa.org/ – die CMSA ist allerdings sehr medizinisch (Pflege) geprägt, das Case Management im Bereich der Sozialen Arbeit wird in den USA von der NASW (National Association of Social Workers) programmatisch geprägt, die hierzu analog zur DGCC in Deutschland Case-Management-Standards herausgegeben haben (aktueller Stand bereits von 1992) – vgl. im Internet unter http://www.socialworkers.org/practice/standards/sw_case_mgmt.asp.

ständige Interessensvertretung entwickelt hat. Man könnte nun annehmen, dass sich auch in Deutschland das Case Management ebenso erfolgreich etablieren konnte. Tatsächlich ist auch Case Management inzwischen in vielfältiger Form hierzulande vorzufinden: in der Sozialen Arbeit, im Gesundheitswesen und in der beruflichen Erst- und Wiedereingliederung, die oftmals, wenn auch nicht ganz zutreffend, als Beschäftigungsförderung bezeichnet wird.[4,5] Gleichwohl gibt es auch eine Reihe kritischer Stimmen zum Konzept des Case Managements, deren Zielrichtung man überwiegend unter den beiden Vorwürfen des „alten Weins in neuen Schläuchen" oder den der Instrumentalisierung von Kostenreduzierungsbemühungen zusammenfassen kann. Case Management stand und steht so in der Kritik, letzten Endes nichts anderes als traditionelle fallbezogene Soziale Arbeit zu sein,[6] bzw. sich zum Instrument von Bestrebungen zur Kostenreduzierung im sozialen Bereich zu machen.[7] Staub-Bernasconi bringt Case Management sogar in die Nähe einer „Fast-Food"-Variante der Sozialen Arbeit.[8] Die Frage nach einem (etwaigen) Paradigmenwechsel durch die Systemsteuerung im Case Management kann daher nur dann hinreichend beantwortet werden, wenn die Fragestellung zunächst tiefer gelegt worden ist: Systemsteuerung im Case Management kann nicht ohne Betrachtung des Case Managements selbst analysiert werden, da ja Systemsteuerung ein integraler Bestandteil des Case Managements ist. Aus Sicht des Verfassers kann hierzu sogar die These gewagt werden, dass erst durch den Einschluss der Komponente Systemsteuerung Case Management zu dem wird, was es in Deutschland für sich beansprucht: ein eigenständiger interdisziplinärer Handlungsansatz zu sein.

Unterstreichungen der Bedeutung der Systemsteuerung für das Case Management, d.h. dass Case Management erst dann zum Case Management wird, wenn Fall- und Systemmanagement miteinander verknüpft werden, finden sich zahlreich in der einschlägigen Fachliteratur.[9] Überall wird betont, wie wichtig Systemsteuerung für das Konzept des Case Managements ist: „Die

---

[4] Der Begriff „Beschäftigungsförderung" ist deshalb eher unpassend, weil das Ziel in diesem Bereich die *individuelle* berufliche Erst- und Wiedereingliederung (Integration in Arbeit oder Ausbildung) ist und nicht die *generelle* Steigerung (Förderung) der Beschäftigung (-squote) – analog zur begrifflichen Verwendung von Wirtschaftsförderung als Unterstützung / Steigerung der Ansiedlung und dem Ausbau von Wirtschaftsbetrieben. Passender wäre daher eine Begrifflichkeit wie z.B. „Berufliche Integration".

[5] Vgl. z.B. zu Case Management in der Sozialen Arbeit: Weicht 2000; Remmel-Faßbender 2005; Hampe-Grosser / Kleve 2005; Klug 2003 – zu Case Management im Gesundheitswesen z.B.: Tophoven 2000; Fichtel 2000; Wahler / Wahler 2000; Porz / Podeswik 2006; Toepler 2007; Wissert 2006; Frommelt / Trippel 2005; Podeswik et al. 2005 – zu Case Management in der beruflichen Integration z.B.: Göckler 2006; Bohrke-Petrovic / Göckler 2005 und generell zu Darstellungen von Einsatzfeldern des Case Managements z.B.: Wendt 2001; Wendt et al. 2006 und Löcherbach et al. 2005.

[6] Vgl. hierzu z.B. Staub-Bernasconi 1991.

[7] Vgl. hierzu z.B. Galuske 2007; Hansen 2005; Buestrich / Wohlfahrt 2006; Buestrich / Wohlfahrt 2008 oder allgemeiner Hinte 1998.

[8] Vgl. dazu Staub-Bernasconi 2005.

[9] Vgl. hierzu z.B.: Gissel-Palkovich 2006b, 28 f. und 32 f.; Gissel-Palkovich 2006a, 91 und 93; Kleve et al. 2006b, 22; Klug 2005, 62; Mennemann 2005, 22; Mennemann 2006, 12; Neuffer 2005, 158; van Riet / Wouters 2002, 32; Wendt 2005a, 14, 16 und 25; Wendt 2006b, 9 und 11, Wendt 2006a, 69.

Systemebene unterscheidet CM wesentlich von anderen Beratungsformen.“[10] Gegenmeinungen zu diesem Ansatz sind dagegen äußerst selten. Lediglich Neuffer äußert in einer neueren Veröffentlichung Bedenken gegen den Systemsteuerungsanspruch des Case Managements mit dem Hinweis auf dadurch verursachte Kompetenzüberschneidungen mit dem Sozialmanagement: „Wenn im Konzept des Case Managements betont wird, es handelt sich nicht nur um Fallarbeit oder Fallsteuerung, sondern auch um Arbeit auf der Systemebene, also um Systemsteuerung, so begibt man sich in die Nähe des Sozialmanagements, das ebenfalls aus der Sozialen Arbeit entwickelt wurde. […] In der Fachdiskussion werden daher Vorbehalte gegen den Gesamtanspruch von Case Management in Bezug auf Fall- und Systemsteuerung laut, da Professionelle in angestammten Feldern der Sozialen Arbeit mit dem Begriff ‚Case‘ nichts anzufangen wissen oder nichts anfangen wollen.“[11] Diese Position stellt aber die deutliche Ausnahme dar und begründet sich mehr in Überlegungen, dass Case Management sich mit seinem systembezogenen Steuerungsanspruch zu sehr in bereits erprobte Steuerungskonzepte einmischt und damit eher Widerstände provoziert.[12]

Geht man nun von der deutlich unterstrichenen Bedeutung der Systemsteuerung im Gesamtkonzept des Case Managements aus, so ist man zunächst sehr überrascht, in einschlägigen Publikationen lange Zeit nichts oder nur bruchstückhafte Darstellungen zu dem zu finden, was Systemsteuerung eigentlich ist, welche Anforderungen an sie zu stellen sind und wie eine Implementierung aussehen sollte oder könnte. Erst seit wenigen Jahren (beginnend 2004) finden sich erste Publikationen, die sich mit dem Thema Systemsteuerung eingehender beschäftigen.[13] Sucht man dagegen nach Handreichungen, wie die Fallsteuerung im Rahmen des Case Managements vonstatten geht oder gehen könnte, so findet sich in der Literatur eine Vielzahl von Angeboten.[14]

Setzt man nun das 1991 erschienene Werk von Wolf Rainer Wendt „Unterstützung fallweise“[15] als Beginn des Case Managements in Deutschland, so hat die Entwicklung systemsteuernder Konzepte ein ‚time gap’ von rund 13 Jahren zu verzeichnen. Die Erklärung dieses bemerkenswerten Umstands fällt indes schwer. Man könnte meinen, dass Systemsteuerung derart selbsterklärend ist, dass sich eine dezidierte Beschäftigung damit erübrigt – neue Publikationen machen aber deutlich, dass gerade hier ein dringender Nachholbedarf besteht. So konstatiert z.B. Mennemann: „Auf der Systemebene gibt es kaum Vorgaben und auch kaum Erfahrungen. Hier

10 Fachgruppe Case Management der DGS (Hrsg.) 2005, 3.

11 Neuffer 2006b, 49.

12 Neuffer wendet sich zudem gegen die zunehmende ‚Vermanagerisierung’ des Case Managements, dass sich mehr mit dem ‚managen’ von Fällen und Systemen beschäftigt und die für erfolgreiche Soziale Arbeit unerlässliche Beziehungsarbeit vernachlässigt – vgl. dazu auch Neuffer 2006a.

13 Im Wesentlichen können als dezidiertere Beschäftigungen nur die Arbeiten von Mennemann, Löcherbach und eingeschränkt Neuffer gezählt werden (zumindest soweit dem Verfasser bekannt): Mennemann 2005; Mennemann 2006; Löcherbach 2007 und Neuffer 2006c.

14 Vgl. z.B. Neuffer 2005; Ewers et al. 2000; Brinkmann 2006a; Kleve et al. 2006a und die in Fußnote 3 genannten Autoren.

15 S. Wendt 1991.

ist das Methodenset nach wie vor sehr unpräzise und offen."[16] Und Toepler, der über die Ergebnisse zur Einführung von Case Management in der Unfallversicherung berichtet, kommt zu dem Ergebnis: „Im Rahmen der Untersuchung konnte jedoch keine regelhafte Nutzung der CM-Erfahrungen zur Optimierung des Versorgungsangebotes festgestellt werden …"[17]. Auch Hampe-Grosser führt pessimistisch an: „Untersucht man die beteiligten Fachkräfte auf ihre Anbindung im Hilfenetz, so zeigt sich, dass eine Steuerung in der Regel nicht möglich ist. Die Kontexte der einzelnen Professionen sind vielfach und autonom. Beinahe ließe sich von Parallelgesellschaften sprechen. Die Steuerung des Hilfenetzwerkes scheint aussichtslos – und wer im Verbund könnte auch von sich behaupten, die Option des Steuernden von den anderen Beteiligten erhalten zu haben."[18] Selbst Wendt stellt fest: „Eine funktionelle Verknüpfung von allen Dimensionen des Case Managements auf der Ebene der Systemsteuerung (Zugang und Auslese der Klientel, Bedarfserhebung im Sozialraum, Versorgungsplanung, Kontrolle der Durchführung, Evaluation und Rechenschaftslegung) mit allen Dimensionen von Case Management auf der Ebene des Handelns im Einzelfall (Fallaufnahme, Bedarfsklärung, Hilfe- und Behandlungsplanung, Begleitung bei der Leistungserbringung, Evaluation und Dokumentation) erfolgt allerdings noch selten. Oft werden nur einzelne Schritte im Case Management vollzogen."[19] Die mögliche Erklärung der ‚Offensichtlichkeit' von Systemsteuerung greift also nicht. Wurde also Systemsteuerung deshalb bisher so wenig thematisiert, weil sie ein sehr schweres Unterfangen ist und durchaus, wie ja der nicht völlig von der Hand zu weisende Einwand von Neuffer (a.a.O.) zeigt, mit etlichen Widerständen zu rechnen hat, oder war es eher die Absicht, Case Management ‚schrittweise' einzuführen und die Systemaspekte erst nach Verfestigung der Fallführung anzupacken? Die Beantwortung dieser Fragen bleiben pure Spekulationen und soll daher nicht weiter verfolgt werden. Festzuhalten ist aber die Tatsache, dass das Case Management in Deutschland sich zuerst von der Fallsteuerungsebene her etabliert hat und die Systemsteuerung ‚hinterherhinkt'. Man könnte daher durchaus aus Sicht des Verfassers von der Systemsteuerung als dem ‚vernachlässigten Kind' des Case Managements sprechen.

Die Unterbetonung des systemsteuernden Anteils und vor allem auch Anspruchs des Case Managements in den einschlägigen Darstellungen können durchaus solchen ‚singulären' Entwicklungen Vorschub geleistet haben. Solange nur betont wird, wie wichtig, sogar wie essenziell Systemsteuerung für das Case Management ist, ohne explizit auszuführen, was denn alles implementiert werden muss, um diesem Anspruch auch tatsächlich gerecht werden zu können, ist es erkennbar einfacher, nur die fallsteuernde Komponente des Case Managements zu implementieren und den ‚Rest' bei Gelegenheit nachzuholen. Gleichfalls kann der möglichen Darstellung, mittels bewährter Instrumente, wie z.B. der Sozialplanung, die systemsteuernden Anteile ja bereits zu leisten, mangels klarer Kriterien der Systemsteuerung zumindest deutlich schlechter widersprochen werden.

16 Mennemann 2005, 21.

17 Toepler 2007, 80.

18 Hampe-Grosser 2007, 446.

19 Wendt 2005a, 17.

Nach Ansicht des Verfassers ist es ebenfalls eher nachteilig, in die systemsteuernden Aktivitäten noch zusätzlich den Begriff des Care Managements einzuführen.[20] Care Management bezeichnet dabei nach Wendt „… das Management der Versorgung in einem Dienst bzw. seitens eines Fachamtes …“[21] und kann organisatorisch „… dem Case Management sowohl übergeordnet wie auch ihm unter- bzw. nachgeordnet werden“.[22] Case Management wäre demnach nur das individuelle Management der Fälle und Care Management das der Versorgung. Vergleicht man diese Darstellung nun mit den bereits angesprochenen Aussagen, dass Case Management nur durch Integration von Fall- und Systemsteuerung zu eben Case Management wird, so entsteht doch etliche Verwirrung. Vor allem öffnet die o.a. Aussage, das Care Management dem Case Management auch durchaus übergeordnet sein kann, der breiten, bis zur Beliebigkeit ausdehnbaren Gestaltung von Case Management auf der Systemebene Tür und Tor. Ein nachrangiges Case Management hätte demnach nur das fallweise zu koordinieren, was das Care Management bereits bereitgestellt hat, d.h. das Mögliche im Einzelfall hat sich nach dem zu richten, was möglich ist, was das System in seiner mehr oder minder weisen Voraussicht anbietet. Die Nähe einer solchen Sichtweise zur einer schon lange zurückliegenden Aussage von Niklas Luhmann „Im großen und ganzen bestimmt die Optik der Programme das, was an sozialer Hilfe geschieht, bzw. nicht geschieht.“[23] ist unübersehbar.

Aber selbst dann, wenn das Care Management dem Case Management klar nachgeordnet ist, bietet das ‚Begriffssplitting' in Care und Case Management eher Nachteile: Es ermöglicht Interpretationen, die Implementierung der beiden Elemente zu trennen, zunächst Case Management einzuführen und dann später Care Management ‚draufzusatteln', oder aber die bereits angesprochene Sichtweise, ja bereits das angebotssteuernde Care Management zu praktizieren, das nun durch ein individuelles Case Management ergänzt wird. Zudem kommt der Begriff des Care Managements in die Nähe zu Programmen der strukturierten medizinischen Versorgung, die mit Begrifflichkeiten wie Managed Care, Care Maps, Clinical Pathways und Desease Management bezeichnet werden. Nur dass diese Verfahren zumeist gerade das Gegenteil von Case Management wollen: Nicht der Einzelfall in seiner Individualität und den daraus resultierenden individuell unterschiedlichen Bedürfnissen (wie Ressourcen) steht im Mittelpunkt des Interesses, sondern das genaue Gegenteil: Die Summe der Fälle oder genauer, der ‚durchschnittliche Fall'. Managed Care versucht gerade – eben als Care Management – mittels am ‚Durchschnittsfall' entwickelter Ablaufpläne Programmierungen für den Krankheitsfall und die zu seiner Bewältigung erforderliche Ressourcenallokation zu entwickeln.[24] Es gibt daher auch Stimmen, die – so

---

20 Vgl. z.B. Wendt 2001, 50 f.; Wendt 2005a, 15 f.; Wendt 2006b, 8; Wendt 2006a, 69 ff. und Neuffer 2006b, 53, der eine klare Trennung von Care und Case Management befürwortet.

21 Wendt 2001, 51 – Er stützt sich dabei auch auf die in Großbritannien verwandte Terminologie, wo prinzipiell nur von „Care Management“ gesprochen wird, es sich aber um Case Management handelt. Die Begrifflichkeit „Care“ wurde nur deshalb gewählt, da der Begriff des „Case“ als zu unpersönlich angesehen wurde. Vgl. dazu auch Hansen 2005, 107 – zu entsprechenden Care Management Konzepten in Großbritannien vgl. Department of Health 1991.

22 Ebd.

23 Luhmann 1973, 33.

24 Vgl. Zander 2000; Wissert 2006; als Überblick Wendt 2001, 200 ff.

wie der Verfasser – eine Abgrenzung zwischen Case Management und allen anderen ablaufstrukturierenden Konzepten (gerade in der Pflege) fordern.[25]

Daher wird vom Verfasser vorgeschlagen, „Case Management“ nur noch solche Konzepte zu nennen, die

- den Einzelfall mit seinen individuellen Bedürfnissen und seinem daraus resultierenden, auf den Einzelfall spezifisch zugeschnittenen Erfordernissen von Hilfe- und Unterstützungsleistungen im Fokus haben,
- die die Hilfe- und Unterstützungsleistungen fallweise und vor allem fallbezogen nach den **individuellen Bedürfnissen des Einzelfalls** koordinieren,
- die die Koordination der Hilfe- und Unterstützungsleistungen nicht alleine aus der Sicht des verfügbaren Angebotes, sondern aus der Sicht der Erfordernisse des Einzelfalls bewerkstelligen und
- die einzelfallübergreifend, aber **aus der Erfahrung der Fälle heraus** Leistungen und Vernetzungen des Hilfe- und Unterstützungsangebotes koordinieren, einfordern, implementieren und verändern.

Der Begriff des Care Managements wäre dann allen anderen Konzepten vorbehalten, die ebenfalls Handlungsabläufe strukturieren, dies aber aus dem Fokus der Versorgung (und nicht des Einzelfalls heraus) heraus tun. Case Management strukturiert primär den Fall und sekundär daraus die Versorgung – Care Management strukturiert hingegen primär die Versorgung und aus ihr heraus die so versorgten Fälle. Die reine Nutzung dessen, was (an Hilfe und Unterstützung) vorhanden ist, wäre demnach noch lange kein Case Management. Der Fall würde hier zwar individuell bearbeitet, aber individuell nur insoweit, welche der insgesamt verfügbaren Hilfe- und Unterstützungsleistungen sachlich und zeitlich fallspezifisch genutzt werden können. Letzten Endes muss so der Fall zum Hilfesystem passen, wenn er von diesem bearbeitet werden will.

Es kommt also schon und sogar wesentlich darauf an, ob der Fall das System steuert (Case Management) oder das System den Fall (Care Management).[26] Die Position von Löcherbach, der von einer „gegenseitigen Durchdringung“[27] spricht, wo es eben nicht darauf ankomme, ob der Fall das System steuere oder umgekehrt, ist daher entschieden abzulehnen, da so Steuerung zur Beliebigkeit verkommt. So ansprechend Ansätze der wechselseitigen Verschränkung von Ebenen – Löcherbach spricht hierbei sogar von einer „doppelten Durchdringung“ (ebd.) – auch sein mögen, sie ignorieren Tatsachen wie Konkurrenz- und Abgrenzungsdenken zwischen den vielfältigen Akteuren der Sozialen Arbeit[28] (oder generell in den unterschiedlichen Handlungsfeldern des Case Managements), die wenn überhaupt, dann nur durch ein akzentuiertes Steuerungshandeln aus der klaren Perspektive der Fälle heraus überwunden werden kann.

---

[25] Vgl. Ribbert-Elias 2006, 148 und allgemeiner zu Problemen bei der Implementierung von Case Management im Gesundheitswesen Ewers 2006, 65 f.

[26] Vgl. hierzu Faß 2006, 141

[27] Löcherbach 2007, 21 f.

[28] Vgl. dazu auch die kritischen Ausführungen von Hille zur „systemimmanenten Disfunktionalität der Sozialen Arbeit“ (Hille 2006, 58), ähnliche Beschreibungen von Hindernissen bei der Vernetzung von Hilfen finden sich auch bei Gissel-Palkovic (2006a, 99 f.) und Neuffer (2006b, 47).

Es konnte bereits festgestellt werden, dass in der vom Verfasser vorgeschlagenen Definition von Case Management Fall- und Systemsteuerung miteinander verknüpft sind – das eine also nicht ohne das andere sein kann (zumindest solange die Bezeichnung ‚Case Management' zu Recht verwendet werden soll). Ist dies alleine schon ein Paradigmenwechsel? Um dies beantworten zu können, ist es aus Sicht des Verfassers zunächst erforderlich, kurz zu betrachten, wie Hilfeplanung bisher erfolgte und meist immer noch erfolgt.

„Kommunale Sozialplanungen mit ihren jeweiligen Teilfachplänen als Ergebnisse des Planungsprozesses waren und sind vor allem Vorhaben von Angeboten und Einrichtungen für eindeutig definierte Zielgruppen, sie sind damit von ihrer Zielsetzung her vor allem Infrastruktur- und Ressourcenplanungen."[29] Die Planung sozialer Hilfeangebote ist daher in tradierter Form eine Angebotsplanung, in der in Abwägung der Faktoren Bestand (bereits verfügbare Hilfen), Bedarf (benötigte Hilfen) und Budget (aufgrund politischer Entscheidungen bereitgestellte Ressourcen) das bereitzustellende Set an Hilfsangeboten geplant und angeboten wird.[30] Zwar ist auch z.B. in der Jugendhilfeplanung eine vernetzte Planung gefordert, die aber in der Realität oft nicht umgesetzt wird: „Bezogen auf die Jugendsozialarbeit wird ausdrücklich die Abstimmung der Maßnahmen mit der Schulverwaltung, der regional zuständigen Bundesagentur für Arbeit, mit den Trägern betrieblicher und außerbetrieblicher Ausbildung sowie den Trägern von Beschäftigungsmaßnahmen gefordert. Eine solchermaßen vernetzte Planung ist trotz unmissverständlicher Vorgaben des Gesetzgebers vielerorts noch nicht realisiert worden, da sich die Planungen weitgehend auf die jugendhilfeeigenen und aus Jugendhilfemitteln finanzierten Ressourcen (Anbieter und deren Angebote) beschränken."[31] Diese angebotsorientierte Planung bewirkt damit die bereits schon von Luhmann 1973 kritisierte Programmierung von Hilfen und die damit verbundenen Folgen der Fallkonstruktion und -bearbeitung aus Sicht der vorhandenen Hilfeprogramme. Merten beschreibt die Kritik an einer derart programmierten Hilfe(-planung) wie folgt: „Gegenstand dieser Kritik ist dabei der empirisch rekonstruierbare Zusammenhang, dass ‚Falldiagnosen' sich von vornherein am bestehenden Repertoire erzieherischer Hilfen des KJHG[32] sowie dessen institutioneller Bereitstellung orientieren, so dass die Besonderheiten des jeweiligen Kindes bzw. Jugendlichen sowie die damit zusammenhängenden spezifischen Hilfeanforderungen nur unzureichend sichergestellt werden, gerade *weil* die Logik institutioneller und professioneller Angebotsstrukturen sich schon in der Fallbestimmung durchgesetzt hat und deren Eigenlogik damit deformiert. Oder anders formuliert: Ein bestimmtes Angebot erzieherischer Hilfen schafft ihm korrespondierende Nachfrage, und *nicht* umgekehrt!"[33]

Entsprechend sind gerade in der Kinder- und Jugendarbeit Projekte entstanden, die sich von der Praxis der (detailliert) vorgeplanten Hilfe lösen wollen – so z.B. das „Stuttgarter Modell", dessen Kernforderung lautet: „[…] Flexibilisierung der Hilfen oder […] Maßanzug statt Konfektionsware', was bedeutet, dass Erziehungshilfeträger nicht mehr wie bisher verschiedene Stan-

---

[29] Lukas 2006, 222.

[30] Vgl. dazu näher z.B. Lukas 2006; Jordan et al. 1998; Kühn et al. 2005; Kreft / Falten 2003; Lutz 2007; Brülle 1998.

[31] Lukas 2006, 223.

[32] Kinder- und Jugendhilfegesetz – seit dem 01.01.1991 durch das SGB VIII abgelöst.

[33] Merten 2002, 12.

dardangebote (‚Konfektionsware', den §§ 27 ff. KHJG folgend) vorhalten, sondern flexibel für jeden Einzelfall eine individuelle Hilfe (‚Maßanzug') aus dem im § 27 KJHG festgeschriebenen Anspruchsrechten komponieren."[34]

Genau dasselbe will Case Management: einen individuellen ‚Maßanzug' von Hilfeleistungen für jeden Klienten schneidern, der dessen individuelle Bedürfnisse wie auch die Verfügbarkeit individueller und überindividueller Ressourcen berücksichtigt. Maßanzüge haben aber – genau wie in der Schneiderei – die Eigenschaft, dass man sie nicht direkt im Voraus planen kann, sonst wären sie eben keine Maßanzüge, sondern nur Konfektionsware. Eine Fallsteuerung mit dem Anspruch der ‚Maßanzüge' benötigt somit auch eine andere Systemsteuerung, mit der das Hilfesystem in die Lage versetzt wird, genau den ‚Stoff' zu liefern, mit dem dann in der Fallsteuerung die individuellen ‚Maßanzüge' geschneidert werden können. Die Planung von Hilfsangeboten kann also nicht alleine nach einer Bestandsanalyse von Daten einer Sozialberichtserstattung[35] abgeleitet werden, sondern muss sich aus den Erkenntnissen der Fälle heraus ergeben. Planungen werden so in letzter Konsequenz natürlich unschärfer, da sie, um in der Metapher des ‚Maßanzuges' zu bleiben, nur Stoffe, Faden, Knöpfe, usw. vorausplanen können, nicht aber konkrete Anzüge in vordefinierten Größen. Der planerische ‚Kurs' kann somit nicht komplett im ‚Hafen', d.h. am Planungstisch, fest für eine vorgegebene Periode vorausbestimmt werden, sondern kann nur grob erfolgen und muss daher eine ‚Nachsteuerungsqualität' aufweisen, die es ermöglicht, ‚auf hoher See' bei entsprechendem Bedarf Kurskorrekturen vorzunehmen.

Diese möglicher Weise recht banale, aber zugleich wohl auch praktisch nicht ganz einfach umsetzbare Erkenntnis zeigt aber mit Klarheit auf, dass Systemsteuerung aus Sicht des Case Managements keine Angebotsplanung im Sinne fest vorgegebener Hilfeleistungen sein kann, sondern vielmehr eine flexible und immer wieder korrigierbare Planung von Hilfeleistungen, die sich aus den Erkenntnissen der einzelnen Fallarbeiten ergeben. Case Management erfordert daher aus Sicht des Verfassers zwingend eine Steuerung ‚bottom-up' statt wie tradiert ‚top-down'. Es ist daher sehr berechtigt, von einem steuerungsmäßigen Paradigmenwechsel zu sprechen, wenn die Forderungen der Systemsteuerung aus der Sicht des Case Managements betrachtet werden. Die eingehende Frage nach dem Paradigmenwechsel kann damit uneingeschränkt mit „ja" beantwortet werden.[36]

---

[34] Stiefel 2002, 57.

[35] Vgl. hierzu z.B. Bader / Wunderlich 2005.

[36] Damit soll aber nicht die These vertreten werden, dass erst und alleine durch das Case Management eine Forderung nach einem planerischen Paradigmenwechsel erhoben wurde – bereits erwähnte Ansätze in der Jugendhilfeplanung (s. Stuttgarter Modell – Stiefel 2002) gehen in eine ähnliche Richtung. Nur wird dort z.B. die komplette Fallzuständigkeit in die Hand eines für einen Sozialraum ausschließlich zuständigen Hilfeträgers gelegt, der dann alle erforderlichen Hilfen ‚aus einer Hand' zu leisten hat, was konzeptionell einen anderen Ansatz darstellt, als es das Case Management vorsieht.

3.3 Steuerung sozialer Systeme aus systemtheoretischer Sicht

„Interventionen sind möglich, aber ihre Erfolge sind ungewiss. Je nachdem, welcher Akteur in welcher Konstellation in welches System hinein interveniert, ist alles möglich: von direkter, linearer Wirkung über Indifferenz bis zum Bewirken des genauen Gegenteils der beabsichtigten Wirkung.“ (Willke 2005, 9) Dieses Zitat von Willke fasst das ‚Steuerungs-Dilemma“ der Systemtheorie[37] gut zusammen und ist damit der Ausgangspunkt der Überlegungen zur Steuerbarkeit sozialer (Hilfs-) Systeme.

Das Thema Macht spielt in der Systemtheorie Niklas Luhmann’s nur eine untergeordnete Rolle, da soziale Systeme aufgrund ihrer operationalen Geschlossenheit die machtgestützte Durchsetzung von Interessen erst durch Einwilligung (Unterwerfung) ermöglichen müssen. Diese Sichtweise der prinzipiellen Eigenständigkeit sozialer Systeme ist damit auch zugleich Gegenstand wesentlicher Kritikpunkte an ihr.[38] Machtausübung (oder auch machtbasierte Steuerung) kann aus systemtheoretischer Sicht in Anlehnung an Portele[39] immer nur zu autonomen Entscheidungen des Adressaten (der Macht bzw. Steuerung) führen, egal ob aus ihr eine Einwilligung oder Ablehnung der durch die Steuerung intendierten Handlungsweise resultiert. Die Transformation von Macht in Handlung ist aus dieser Sichtweise eine ausschließlich nur systemintern zu leistende Operation und entzieht sich damit einem kontrollierenden Einfluss von außen. Eine wirkliche „Steuerung“ sozialer Systeme ist aus dieser Sichtweise heraus letzten Endes damit nur eine Fiktion, und das Case Management könnte nicht für sich in Anspruch nehmen, Hilfesysteme tatsächlich steuern zu können.

Dieser ‚absolutistischen’ Vorstellung der stets bestehenden Autonomie der Handlungsselektion widerspricht Kraus mit der Unterscheidung von instruktiver und destruktiver Macht.[40] Instruktive Macht oder Kontrolle ist der Versuch zur Erwirkung erwünschter Verhaltensweisen und erzeugt so die bereits skizzierten Handlungsmöglichkeiten desjenigen (psychischen oder sozialen Systems), auf den die Einwirkung erfolgt. Instruktive Macht ist daher zur Durchsetzung prinzipiell von der Einwilligung (des Adressaten) abhängig.

Davon abzugrenzen ist jedoch die destruktive Macht und Kontrolle, bei der der Ausübende die Handlungs**möglichkeiten** des Adressaten zumindest reduzieren kann, destruktive Macht kann also Handlungsalternativen destruieren. Kraus zeigt dies plastisch an dem Beispiel auf, in dem jemand (Alter) auf einen anderen (Ego) eine Waffe richtet.[41] Geht es Alter darum, Ego zu einer

---

[37] Unter Systemtheorie soll hierbei die Theorie sozialer Systeme von Niklas Luhmann verstanden werden, auf die sich der Verfasser im Weiteren bezieht – vgl. dazu Luhmann 1987.

[38] Vgl. zur Kritik der „Machtblindheit“ der Systemtheorie Staub-Bernasconi 2000, von der Zielrichtung ähnlich auch Rexilius 1997 oder Sigrist 1997 (beide mehr aus marxistischer Sicht).

[39] Vgl. Portele, Gerhard (1989): Autonomie, Macht, Liebe – Konsequenzen der Selbstreferentialität. Frankfurt/Main (Suhrkamp) – nach Ploil 2008, 10 ff.

[40] Vgl. dazu Kraus 2007 und Kraus 2003.

[41] Kraus 2003, 88 – Kraus führt im Weiteren aus, dass mit dem Konstrukt von instruktiver und destruktiver Macht der wesentliche Kritikpunkt der ‚Machtblindheit’ systemtheoretischer und konstruktivistischer Ansätze widerlegt werden kann, denn mit diesem Konstrukt ist auch das Vorent-

bestimmten Handlung zu bewegen, bleibt ihm trotz seiner Waffe nur instruktive Macht, denn letzten Endes entscheidet Ego autonom, ob er der Forderung nachkommen will (oder die Konsequenzen in Kauf nimmt, bzw. sich deren nicht im Klaren ist). Die beabsichtigte Wirkung des Alters entfaltet sich mithin nur durch Einwilligung von Ego. Geht es hingegen Alter lediglich darum, Ego am Verlassen (oder Betreten) des Ortes zu hindern und setzen wir voraus, dass Alter auch seine Waffe einsetzen wird, bedarf es nicht mehr der Einwilligung von Ego. Alter kann so mittels destruktiver Macht (zumindest) diese Handlungsalternativen von Ego destruieren. Auf das Case Management übertragen ist somit die Forderung nach qualitativer Leistungsverbesserung einer Hilfe stets nur instruktiv möglich. Die entsprechende destruktive Alternative wäre dann z.B. der Entzug der Beauftragung bzw. die Übertragung der Hilfeerbringung an einen Wettbewerber. Der Hilfeanbieter muss im ersteren Fall stets einwilligen, während im zweiten Fall es keiner Einwilligung bedarf. Auch Systemsteuerung im Case Management hat so stets eine ‚destruktive Option'.

Allerdings ist dabei festzuhalten, dass destruktive Macht lediglich Handlungsoptionen ausschließen kann, nicht aber den Adressaten zu bestimmten Handlungen veranlassen. Wie die beiden o.a. Beispiele zeigen, besteht allerdings im Ausschluss bestimmter Handlungsoptionen eine hohe Gewissheit der Zielerreichung.

Instruktive Macht hingegen erfordert, wie bereits dargestellt, stets die Einwilligung des Adressaten. Eine Erreichung des mittels instruktiver Machtausübung angestrebten Ziels ist daher niemals sicher, da in diesem Fall zuvor eine autonome Entscheidung des Adressaten erforderlich ist. Die Entscheidungen von autonomen (operativ geschlossenen) Systemen hängen stets davon ab, wie die aus ihrer Sicht von der Umwelt stammenden ‚Machtimpulse' systemintern interpretiert werden. Wie an dem an Kraus angelehnten Beispiel mit der Waffe ersichtlich, besteht zwar eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass auch eine Aufforderung, sein Bargeld herauszugeben (= instruktive Macht), mit hoher Wahrscheinlichkeit befolgt wird, indes kann man sich aber dessen nie sicher sein, da auch eine Verweigerung mit einer Vielzahl weiterer Anschlusshandlungen (weglaufen, um Hilfe rufen, sich auf den Räuber stürzen, …) denkbar ist. Beide Varianten sind aber auch in Kombination einsetzbar, z.B. die Aufforderung nach Qualitätssteigerung von Hilfeleistungen (instruktiv) in Verbindung mit der Androhung des Entzugs der Beauftragung (destruktiv) bei Nichtbefolgen. Der Hilfeanbieter hat zwar auch in diesem Fall die autonome Entscheidung, allerdings mit deutlich reduzierten Alternativen. Wobei es in diesem Fall für die Entscheidung wesentlich sein wird, wie ernsthaft die Androhung des Beauftragungsentzugs eingeschätzt wird.

Als Zwischenergebnis kann damit festgehalten werden, dass mittels destruktiver Macht eine Steuerung sozialer (und psychischer) Systeme insofern möglich ist, als dass auf diese Weise Handlungsalternativen reduziert werden können. Noch konkreter: Destruktive Macht kann bestimmte Verhaltensweisen verhindern. Destruktive Macht alleine kann jedoch keine (gewünschten) Verhaltensweisen erzeugen, da dies nur mittels instruktiver Macht möglich ist, die wiederum stets die Einwilligung des Adressaten erfordert. Destruktive Macht hat somit ontologische

---

halten materieller und immaterieller Güter (z.B. Bildung) als Machthandeln der Gesellschaft (oder einzelner Funktionssysteme darin) erklärbar. Die Freiheit des Einzelnen zur autonomen Entscheidung zwischen Handlungsoptionen ist so nur noch im Rahmen der noch vorhandenen Alternativen möglich (die durch destruktive Macht deutlich begrenzt werden können) – s. 97 ff.

Qualität, sie existiert auch ohne soziale Prozesse (die Einwilligung des Adressaten). Instruktive Macht hingegen ist ein soziales Phänomen, sie wirkt nur dann, wenn der Adressat einwilligt – z.B. weil dieser dem ‚Mächtigen' die zur Durchsetzung erforderliche Macht zuschreibt.[42]

Kraus unterscheidet weiter zwischen Macht im materiellen und Macht im kognitiven Bereich.[43] Materielle Macht setzt er mit destruktiver Macht gleich, da es hierbei um die Vorenthaltung von zur Reproduktion des Systems benötigter Güter ginge, bzw. um die Reduktion von Handlungsoptionen (wie das Beispiel mit der Waffe). Kognitive Macht hingegen betrifft den Bereich des Wissens, indem z.B. Informationen vorenthalten werden oder durch die spezifische Verwendung von Sprache die Teilnahme an Diskursen verhindert wird. So hat z.B. die Wissenschaft wie auch die christliche Religion durch die Verwendung der lateinischen Sprache jahrhundertelang erfolgreich die Teilnahme von nicht dieser Sprache mächtigen Teilen der Gesellschaft an ihren Diskursen verhindern können.

Der oben angeführten Reduktion der materiellen Macht allein auf Destruktion muss aus Sicht des Verfassers allerdings widersprochen werden. Sowohl materiell wie auch kognitiv bezogene Macht ist sowohl destruktiv als auch instruktiv denkbar. Diese Überlegungen sollen grafisch anhand einer Vierfeldertafel dargestellt werden (s. Abb. 1).[44]

Der Übergang gerade zwischen destruktiver und instruktiver Macht im immateriellen Bereich ist eher fließend, da auch Rituale oder Normen zumindest grenzwertig die Vorenthaltung von alternativen Möglichkeiten (= Informationen) mit einschließen. Auch wenn hier stets die Einwilligung, wie bei jeder instruktiven Handlung, erforderlich ist, hat auch diese Variation der Verhaltensdetermination ein nicht zu unterschätzendes Wirkungspotenzial. Ein überaus plastisches Beispiel kognitiver instruktiver Macht liefert der Spielfilm „Die Welle" (Deutschland 2008) auf der Grundlage des an einer tatsächlichen Begebenheit in einer amerikanischen Highschool basierenden Romans von Morton Rhue.[45]

---

[42] S. obiges Beispiel mit der Aufforderung zur Qualitätsverbesserung: Neben Überlegungen des Hilfesystems über Sinnhaftigkeit der (instruktiven) Forderung wird für die Entscheidung zum Befolgen dieser Forderung auch von Relevanz sein, ob dem ‚Forderer' auch tatsächlich zugeschrieben wird, die Drohung der Auftragsentziehung (destruktiv) wahr zu machen. Dies ist aber wie schon der Begriff aussagt, eine Zuschreibung des Hilfesystems aufgrund dessen eigener Wirklichkeitskonstruktion.

[43] S. Kraus 2003 Anm. d. Verf.: Aufgrund des nur in html-Form verfügbaren Formates des Internetdokumentes ist eine korrekte Angabe von Seitenzahlen nicht möglich.

[44] Vgl. hierzu auch Ploil 2008, 12 f. – sie führt allerdings nicht weiter aus, was konkret unter den so entstehenden vier Möglichkeiten der Macht zu verstehen ist – als *instruktive* Macht im kognitiven Bereich bezeichnet sie die „Begrenzung der Erkenntnismöglichkeiten" (ders., 13), was aber aus Sicht d. Verf. eine *destruktive* Maßnahme ist, weil hiermit ebenfalls Alternativen reduziert werden und keine Einwilligung des Adressaten erforderlich ist.

[45] Vgl. Rhue / Noack 1997: kurzer Abriss der Handlung: Ein Lehrer will verdeutlichen, dass auch heute noch der Gruppenzwang des Nationalsozialismus mit allen seinen Folgen möglich wäre und macht mit seinen Schülern ein Experiment. Er führt Rituale ein (aufstehen, Lehrer mit „Herr" anreden, usw.), die dann im Folgenden zu Kleidungsordnungen, einen eigenen Gruß, Mitgliedsausweise, usw. ausgebaut werden und nennt die „Bewegung" dann „Welle". Das führt dazu, dass weitere Schüler anderer Kurse Mitglied werden wollen, während Nichtmitglieder immer massiver

Abbildung 1: Möglichkeiten der Machtausübung in Anlehnung an Kraus 2003

MEDIUM

WIRKUNG		**materiell:** Reproduktionsgüter	**immateriell (kognitiv):** Wissen, Informationen	
	destruktive Macht: Reduktion von Alternativen	**Ziel:** Verhinderung von Handlungen **Maßnahmen:** Wegnahme, Vorenthaltung von Gütern **Beispiel:** Entzug einer Beauftragung	**Ziel:** Verhinderung von Wissen / Partizipation **Maßnahmen:** Vorenthaltung von Informationen **Beispiel:** Nicht-Einbezug in eine beschränkte Ausschreibung	**Adressat:** **passiv** (Unterlassen) - keine Einwilligung erforderlich
	instruktive Macht: Einwirkung auf Handlungen / Einstellungen	**Ziel:** Veränderung von Handlungen **Maßnahmen:** Belohung, Bestrafung, bzw. deren Ankündigung **Beispiel:** Konventionalstrafe bei geringen Integrationsquoten	**Ziel:** Veränderung von Einstellungen / Handlungen **Maßnahmen:** Forderungen, Normen, Vorbilder, Rituale **Beispiel:** Zielvorgaben für eine Hilfebeauftragung	**Adressat:** **aktiv** (tun, denken) - Einwilligung erforderlich

Die bisher übernommene Folgerung der Systemtheorie nach der prinzipiellen Steuerungs**un**abhängigkeit sozialer Systeme ist daher unter Einbezug der Erkenntnisse von destruktiver und instruktiver Macht zumindest deutlich relativiert. Die **völlige** Unabhängigkeit sozialer Systeme bei ihrem Verhalten auf Einflüsse aus ihrer Umwelt, wie noch Luhmann sie vehement vertrat, kann damit als überzogene Interpretation der Autopoiesis verworfen werden. Wie aber Kraus bei seinem Theorem der instruktiven Macht gut verdeutlicht hat, ist bezüglich der aktiven Handlungs- und Einstellungsdetermination, d.h. tun statt unterlassen, die Mitwirkung des Adressaten nach wie vor erforderlich. Insofern bleibt es hier bei dem systemtheoretischen Problem, dass soziale Systeme sich der direkten Kontrolle ihrer aktiven Handlungen entziehen. Wie aber auch das kurz erwähnte Beispiel der „Welle“ zeigt, kann auch instruktive Macht eine ‚durchschlagende Wirkung’ entfalten. Wie ist dieser Widerspruch nun aufzulösen und was ergibt sich daraus für die Systemsteuerung?

Wie das Beispiel mit der „Welle“ zeigt, sind die auslösenden Instruktionen des Lehrers auf eine breite Resonanz seitens der Schüler gestoßen, die fast ausnahmslos die geforderten Ritualisierungen vollzogen haben. Ganz im systemtheoretischen Sinn hat der Lehrer mit seiner instruktiven Interaktion einen Sinnvorschlag gemacht, der von fast allen Schülern übernommen wurde

ausgegrenzt werden – bis hin zu körperlichen Angriffen. Ein Schüler dient sich sogar (auch im realen Fall!) dem Lehrer als „Leibwächter“ an, da er bedroht wäre und Schutz benötigen würde.

und damit auch handlungsleitende Wirkung entfalten konnte. Lediglich einzelne Schüler haben sich diesem Sinnvorschlag entzogen (entziehen können). Die instruktive Interaktion hat somit das angesprochen, was bei der Sinnkonstruktion der (meisten) Schüler von Bedeutung war und wurde so widerspruchslos in Handlungen umgesetzt.

Willke verdeutlicht diesen ‚Mechanismus' mit folgender Aussage: „Gehe nicht von deinen eigenen Absichten und Vorstellungen von Veränderung aus, sondern versetze dich in die Lage des zu verändernden Systems, transportiere dessen Eigenlogik und lass es die gewünschten Veränderungen bewirken." (Willke 2005, 7) Mit anderen Worten: Wenn Steuerungsaktionen gegenüber sozialen Systemen an deren Sinnkonstruktion anknüpfen, vergrößert sich die Wahrscheinlichkeit, dass die Interpretation dieser durch die Systemumwelt verursachten Störungen eher im intendierten Sinn des Steuernden vorgenommen und in Handlungen umgesetzt werden.

Eine instruktive Steuerung sozialer Systeme erfordert also quasi als Wirksamkeitsvoraussetzung die Beschäftigung mit dem Sinnsystem des zu steuernden Systems. Instruktive Steuerung ist daher nur als „Kontextsteuerung"[46] denkbar, so dass statt dem Versuch einer direkten Einwirkung in das System, das Steuern „… Bedingungen setzt, an denen sich das zu steuernde System in seinen eigenen Selektionen orientieren kann, und im gelingenden Fall im eigenen Interesse orientieren wird."[47] Dies hat insbesondere dann immer eine besonders hohe Erfolgswahrscheinlichkeit, wenn die Kontextbedingungen sich an den Selektionsmechanismen der systemischen Autopoiesis orientieren.

Willke führt hierzu den Begriff der Steuerungsmedien ein, die er als Macht, Geld und Wissen definiert.[48] Im Folgenden soll sich aber an den bereits dargestellten grundsätzlichen Steuerungsalternativen von materiell und kognitiv (immateriell) sowie von destruktiv und instruktiv orientiert werden, da sie anstelle der von Willke verwendeten reinen Aufzählungsformen (Macht, Geld, Wissen) die verwandten Kategorien auch miteinander in Beziehung setzen. Beide Systematiken sind dann allerdings nicht direkt zusammenzuführen, da Willke nicht die grundsätzliche Unterscheidung von Kraus von destruktiver und instruktiver Steuerung (Macht) übernimmt. Macht ist für ihn ein „… Modus der Einflussnahme, deren Besonderheit in der Verweisung auf die Möglichkeit physischer Gewaltanwendung liegt …"[49]. Da wo diese in letzter Konsequenz (z.B. vermittels des Rechtssystems) möglich ist, kann machtbasierte Steuerung Systemverhalten determinieren, währenddessen (Wirtschafts-) Organisationen laut Willke keine Macht ausüben können, da sie eine „… geldbasierte Sprache, nicht aber eine machtbasierte"[50] sprechen und so immer die Möglichkeit offen lassen, sich der geldvermittelten Steuerung zu entziehen. Eine Ausnahme hiervon lässt Willke nur dann gelten, wenn geldbasierte Steuerung die Bedrohung mit existenziellen Notlagen konstituieren, so dass diese „… faktisch wie physi-

---

[46] Vgl. z.B. Willke 2001, 194 f. oder Willke 2005, 89.

[47] Willke 2001, 194 f. – Willke gibt hierzu auch ein plastisches Negativ-Beispiel für Steuerungsversuche ohne Berücksichtigung des Kontextes: Die Androhung von Höllenstrafen gegenüber einem Atheisten (s. ebd.).

[48] S. Willke 2001.

[49] Willke 2001, 166.

[50] Ders., 165.

sche Gewaltanwendungen“[51] wirken. Geld als ein zentrales Medium materieller Steuerung kann damit sowohl (in Ausnahmenfällen) destruktiv als auch instruktiv wirken.

Auch wenn der mit Kraus eingeführte Begriff der destruktiven Steuerung (Macht) zumindest vom Begriff her Assoziationen mit so etwas wie ‚negativer' Macht nahe legen und viele Beispiele dies auch zu belegen scheinen, ist festzuhalten, dass destruktive Steuerung per se genau so wenig mit Prädikaten wie ‚gut' oder ‚schlecht' belegbar ist, wie (per se) instruktive Steuerung. Die Reduzierung von Handlungsalternativen von sozialen Systemen kann eine durchaus sinnvolle Steuerungsmethode sein und muss nicht notwendiger Weise mit so etwas wie Zerstörung einhergehen. Destruktive Steuerung muss daher stets im Kontext ihrer Anwendung beurteilt werden und ist nicht als „Destruktion“, prinzipiell ‚negative' Steuerung – oder nach moralischen Kategorien betrachtet – als verwerflich einzustufen.

Destruktive Steuerung ist somit eher eine Art ‚ultima ratio' der Systemsteuerung; sie wird dann eine zu prüfende Steuerungsoption, wenn der Erfolg instruktiver Steuerung eher unwahrscheinlich ist. Destruktive Steuerung hat direkte Wirkungen durch Reduzierung von (ansonsten möglichen) Handlungsalternativen des gesteuerten Systems. Destruktive Steuerung per se kann aber keine unmittelbaren Handlungen bewirken, da dies nur mittels instruktiver Steuerung möglich ist.

Instruktive Steuerung hingegen ist nur als Kontext-Steuerung denkbar und muss daher zunächst vom zu steuernden System interpretiert werden, um Handlungen bewirken zu können. Instruktive Steuerung wirkt daher stets nur indirekt, da das zu steuernde System nach wie vor alle ihm möglichen Handlungsoptionen besitzt und erst nach sinnbasierter Interpretation des (aus der Umwelt einwirkenden) Steuerungsimpulses entscheidet, ob es aufgrund der Interpretation einer bestimmten Handlungsoption den Vorzug gegeben wird.[52] Instruktive Steuerung wird damit umso wirksamer, je mehr sie die Sinnkonstruktion des zu steuernden Systems berücksichtigt und damit die Veränderung von Umweltbedingungen so erfolgen, dass sie Systementscheidungen in der gewünschten Richtung ermöglichen.

Kontextsteuerung hat damit keine andere Alternative, als die spezifische Sinnkonstruktion sozialer Systeme zu berücksichtigen und entsprechende Impulse zu setzen. Bei Organisationssystemen des Wirtschaftssystems sind daher geldbasierte Kontexte wirksamer als moralbasierte,[53] während es z.B. im Religionssystem eher umgekehrt sein dürfte.

Die Eingangs gestellte Frage, ob aufgrund der vielfach dargestellten ‚Steuerungs-Resistenz“ sozialer Systeme das Case Management bezüglich seiner systemsteuernden Absichten mit einem ‚Steuerungs-Paradoxon' konfrontiert ist, kann daher nun vom Verfasser beantwortet werden: Systemsteuerung ist auch aus systemtheoretischer Sicht möglich und leistbar. Sie darf nur **nicht** als ‚1:1-Steuerung' erwartet werden, wo jeder Steuerungsimpuls direkt und unmittelbar in Systemhandlungen (quasi als „triviale Maschine“[54]) umgesetzt wird.

---

[51] Ebd.

[52] Vgl. z.B. Reis / Schulze-Böing 1998, 19 oder Becker / Reinhardt-Becker 2001, 12 und 73.

[53] Es sei denn, der moralbasierte Kontext würde als Reduzierung von Marktchancen interpretiert und so doch wieder geldbasiert uminterpretiert.

[54] Vgl. zum Konstrukt trivialer Maschinen (und nicht-trivialer Maschinen) von Foerster 1988.

Steuerung von Hilfesystemen ist vielmehr vor allem instruktive Steuerung, wo gezielt Kontextbedingungen der zu steuernden Systeme so verändert werden, dass sich die betroffenen Systeme im Rahmen ihrer Eigensteuerung in die gewünschte Richtung bewegen. Die Steuerung sozialer Systeme bedarf damit der sorgsamen Analyse derjenigen Bedingungen, wie die zu steuernden Systeme ihre Umwelt beobachten und daraus systemintern verarbeitbaren Sinn konstruieren. Durch destruktive Steuerungseingriffe können zudem unerwünschte Handlungsoptionen der zu steuernden Systeme ausgeschlossen oder zumindest reduziert werden, so dass hiermit noch ein weiteres Steuerungsinstrument bei der Beeinflussung des Verhaltens von Hilfesystemen zur Verfügung steht.

3.4 Anforderungen an die Steuerung sozialer Systeme

Soziale Systeme sind als selbstreferenziell arbeitende Systeme in ihren internen Operationen von ihrer Umwelt weitgehend autonom und stellen daher hohe Anforderungen an die Steuerungsaktivitäten von anderen Systemen, die mit ihnen in steuernder Absicht interagieren wollen. Gleichwohl können sie sich, auch wenn die Luhmann'sche Systemtheorie dies immer postuliert hat, nicht völlig den sie steuernden Einflüssen entziehen und reagieren damit trotz ihrer operationalen Geschlossenheit auf Umwelteinflüsse. Sie tun dies unter bestimmten Voraussetzungen in einer Art und Weise, wie dies durch denjenigen, der diese Umwelteinflüsse gesetzt hat, auch intendiert wurde. Aus den Erkenntnissen der vorangegangenen Ausführungen ist es nun möglich, die Anforderungen zu entwerfen, denen Steuerungsaktivitäten genügen müssen, um mit hinlänglicher Wahrscheinlichkeit auch die intendierte Wirkung entfalten zu können.

Steuerung kann, wie bereits dargestellt, mittels materieller oder mittels immaterieller Medien (z.B. Geld vs. Wissen) erfolgen und eine destruktive oder instruktive Wirkung intendieren. Die Wahl der beabsichtigten Wirkung hängt davon ab, ob es um die Bewirkung oder um die Verhinderung von Handlungen des Steuerungsadressaten gehen soll. Die Wahl des Steuerungsmediums orientiert sich hingegen daran, was dem Steuernden an ‚Repertoire' zur Verfügung steht und auch nach dem, welche Steuerungsimpulse bei der Eigenlogik (Sinnkonstruktion) des Steuerungsadressaten am ehesten aufgenommen werden.

A. Destruktive materielle Steuerung: Die Steuerung mittels materieller Medien zu destruktiven Zwecken bezweckt die Reduzierung von Handlungsalternativen des Steuerungsadressaten. Das Medium ‚materielles Reproduktionsgut' impliziert die Wegnahme oder Vorenthaltung von Gütern, die der Steuerungsadressat zu seiner eigenen Reproduktion benötigt. Im Bereich von Hilfesystemen wird aus Sicht des Verfassers die häufigste Form dieser Steuerung in Gestalt des Entzugs von Beauftragungen anzutreffen sein. Auch wenn die Beauftragung als immaterieller Akt angesehen werden könnte, ist ihre Wirkung doch recht materiell: Es geht um die Ermöglichung von Hilfeleistungen, die wiederum Gegenstand von Zahlungen sind, die das betreffende Hilfesystem zu seiner Reproduktion benötigt. Und es geht vor allem um die Hilfeleistung selbst, die durch Entzug der Beauftragung auch prinzipiell weiter möglich ist – nur nicht mehr mit demselben Klienten oder derselben Gruppe von Klienten bzw. nicht mehr in einem Austauschverhältnis von Hilfe und Zahlungen mit dem Steuernden. Handlungen des Adressaten-

Systems sind so ohne dessen Einwilligung deutlich eingeschränkt, bzw. bestimmte Selektionen von Handlungen sind so nicht mehr möglich. Und sofern sich das Adressaten-System in seinen Operationen bisher komplett am steuernden System orientiert hat (d.h. wenn es bisher ausschließlich für den Steuernden tätig war), ist damit auch die Fortführung der Reproduktion des Adressaten-Systems insgesamt gefährdet – mit anderen Worten: ohne Aufträge keine Zahlungen – ohne Zahlungseinnahmen keine weitere Arbeit – ohne weitere Arbeit kein Fortbestand. Der Entzug von Beauftragungen ist daher ein durchaus wirksames, – man könnte sogar sagen – machtvolles Mittel der Systemsteuerung. Er ist allerdings an Bedingungen des Rechtssystems gebunden, so dass die Entscheidungen des Case Managements zur Anwendung destruktiver materieller Steuerung an bestehende Rechtsnormen, die z.B. im Schuldrecht kodifiziert sind, gebunden sind. Daraus resultiert die (nicht so ganz neue) Erkenntnis, dass Leistungsverträge Beendigungs-, Kündigungs- und besonders auch Sonderkündigungsklauseln enthalten sollten, so dass bei deutlichen Verstößen gegen Leistungsgrundsätze der Hilfe(n) der legale Beauftragungsentzug möglich und so auch die destruktive Steuerung vollziehbar ist.

Neben dem kompletten Entzug von Beauftragungen ist natürlich auch deren Reduzierung möglich, z.B. indem der Förderumfang eines Hilfsdienstes für die Zukunft reduziert wird. Dies ist sowohl als Reduzierung einer zeitbezogenen (Geld-)Zuwendung möglich wie auch die Kürzung der Zuweisungsmodalitäten von Hilfebedürftigen, z.B. die Anzahl der Hilfebedürftigen, die Betreuungsdauer oder die zu erbringenden Leistungen. Auch hier ist das bereits oben angesprochene Legalitätsprinzip zu beachten und macht daher eine entsprechende Gestaltung von Leistungsvereinbarungen sinnvoll.

Die Ausführungen machen damit deutlich, dass destruktive materielle Steuerung stets nur als ‚ultima ratio' anzusehen ist und nur dann angewendet werden soll, wenn andere, instruktive Formen versagt haben oder das Case Management betreibende System selbst als Adressat von Steuerungen Gegenstand destruktiver materieller Steuerungen geworden ist (z.B. durch die Reduzierung der eigenen Beauftragungen) und diese dann zur Aufrechterhaltung seiner eigenen Reproduktion an seinen eigenen ‚Steuerungsbereich' weitergeben muss. Der ‚ultima ratio'-Charakter wird auch dadurch deutlich, dass die Anwendung solcher Steuerungen die künftige Zusammenarbeit zwischen Case Management und Hilfesystem mit Sicherheit nicht verbessern wird. Auch wenn viele Hilfesysteme nach Marktgesetzen operieren, werden sie Steuerungen im übertragenen ‚hire and fire'-Prinzip nicht auf Dauer ohne Gegenreaktionen (z.B. verstärkte Suche nach alternativen Auftraggebern) hinnehmen.

B. Instruktive materielle Steuerung: Im Bereich von Hilfesystemen kann diese Art der Steuerung sich vor allem des „universell verwendbaren" Mediums Geld[55] bedienen, zumindest soweit die betreffenden Hilfesystemen Organisationssysteme sind und von Zahlungen zur Aufrechterhaltung ihrer Reproduktion abhängig sind.

Willke illustriert damit gut die Wirkung von Geld als die „… reinste(n) Form des Werkzeugs …"[56] in Bezug auf seine instruktive Steuerungsfähigkeit mittels positiver Sanktionen. Geld als Medium des Wirtschaftssystems kann diese Wirkung daher entfalten, weil es das generelle

---

55 Vgl. Luhmann 1987, 625, ausführlich: Willke 2001, 194 ff.

56 Ders., 217.

Tauschmedium ist und daher direkte materielle Bedürfnisbefriedigung bewirken kann.[57] Geldversprechen können daher genau die Umweltbedingungen setzen, die soziale (wie auch psychische) Systeme zu einer Selbststeuerung in die gewünschte Richtung veranlassen. Geld als positiver Leistungsanreiz wirkt sowohl steuernd in die Zukunft, wie es auch ein ideales Instrument der Kontextsteuerung darstellt, indem lediglich zu erreichende Rahmenbedingungen gesetzt werden. Geld schafft so „… generalisierte Motivationen dafür, die eigendynamischen und eigensinnigen Operationen eines Systems in eine bestimmte Richtung (Qualität, Perspektive, Vision) zu lenken.“[58]

Geld als ausschließliches instruktives Steuerungselement hat aber auch seine Schattenseiten, die Willke als „Monetarisierung der Person“ und „Vermarktung der Lebenswelt“[59] bezeichnet: „Innerhalb der Ökonomie strahlt die Symbolik des Geldes im vollen Glanz und lässt keinen Winkel unausgeleuchtet. Die Schatten, die dieser Glanz wirft, treffen die Funktionssysteme der Gesellschaft außerhalb der Ökonomie. Sie müssen sich der expansiven Dynamik des Geldes erwehren, um ihre eigene Autonomie, ihre eigene Logik und die spezifische Rationalität ihrer Zwecke zu bewahren. […] Die auseinandersetzende und letztlich zersetzende – und in diesem Sinne diabolische – Wirkung des Geldes scheint dort einzurasten, wo andere Funktionssysteme *aus internen Gründen* Immunschwächen zeigen und die schwierige Balance von Autonomie und Interdependenz zu verlieren beginnen.“[60]

Wenn Systemsteuerung jeden Leistungsanreiz des Hilfesystems nur durch Geldversprechen zu setzen vermag, dann verschwindet einerseits immer mehr das Bewusstsein im Hilfesystem, was als ‚Normalleistung’ anzusehen ist, die auch ohne zusätzliche positive Sanktionen gewährleistet werden soll – von der Verdinglichung des sozialen Bezugs der Sozialen Arbeit ganz zu schweigen. Andererseits gerät die Steuerung damit selbst auch in eine ‚Anreizspirale’, die immer neue, immer größere Anreize verlangt, um von den betreffenden Hilfesystemen als Handlungsorientierung wahrgenommen zu werden. Weisen Organisationssysteme der Sozialen Arbeit die von Willke beschriebene „Immunschwäche“ gegen überhandnehmende Steuerungen aus dem Bereich des Wirtschaftssystems auf, so laufen sie Gefahr, ihre Identität als Teil des Funktionssystems der Sozialen Arbeit zu verlieren und zu einem Teil des Wirtschaftssystems zu werden. Materielle instruktive Steuerung mittels positiver Sanktionen (monetäre Anreize) darf somit von der Systemsteuerung nur dosiert verwendet werden, wenn sie nicht selbst Gefahr laufen will, dass dadurch andere Steuerungsoptionen verdrängt werden können.

Eine andere Möglichkeit der materiellen instruktiven Steuerung sind negative Sanktionen, wie etwa Konventionalstrafen bei Minderleistungen. Sie können so z.B. eine zu geringe Integrationsquote, zu lange Reaktionszeiten oder auch generelle Vertragsverletzungen durch die Androhung von ‚Strafzahlungen’ zu vermeiden suchen.[61] Der gewünschte Steuerungseffekt ist die

---

[57] Vgl. ders., 196 – s. auch Luhmann 1987, 513 und 625.

[58] Willke 2001, 240.

[59] S. ders., 199.

[60] Ders., 240.

[61] Z.B. sieht der Leistungsvertrag der Bundesagentur für Arbeit (BA) der Ausschreibung SGB II 701-08-B37026-37-ARGE-Hof-Land (Beauftragung Dritter mit der Vermittlung von Arbeitslosen) ausdrücklich in den §§ 8-9 Vertragsstrafen vor, z.B. bis zu 5% vom Auftragswert pro ange-

Anregung der zu steuernden Systeme zur Vermeidung der durch die von negativen Sanktionen bedrohten Umstände. Hierbei wird aber der instruktive Charakter dieser Steuerungsoption deutlich. Die ‚Bewegung' des Adressatensystems in die gewünschte Richtung hängt im Wesentlichen von zwei systeminternen Selektionen ab: Einerseits muss das System die Eintrittswahrscheinlichkeit der Sanktionsandrohung beurteilen, d.h. es schätzt aufgrund seiner eigenen Sinnkonstruktion ein, ob überhaupt und wenn ja bei welchem Grad der Zielabweichung der Steuernde die angedrohte Sanktion auch tatsächlich realisieren wird. Je eindeutiger die Sanktionsandrohung mit objektiv bewertbaren Kriterien verknüpft wird, desto eher wird diese erste Selektion durch das Adressatensystem eine ‚positive' sein, d.h. die Sanktionsandrohung wird als real eingeschätzt werden. Die zweite Selektion durch das Adressatensystem ist die Beurteilung, ob die angedrohte Sanktion in Kauf genommen werden kann, d.h. ob es eine ‚sinnhafte' Alternative gibt, die es ermöglicht, der Steuerungsabsicht auszuweichen, auch wenn dann die angedroht Sanktion ausgelöst wird.[62] Erst wenn auch diese Selektion so gewählt wird, dass kein Ausweichen als opportun eingeschätzt wird, ist mit einer Bewegung des Adressatensystems in Richtung der intendierten Steuerungsabsicht zu rechnen. Negative Sanktionen als Möglichkeit instruktiver Steuerung laufen daher immer Gefahr, dass sie Widerstand und ‚Umgehungsoperationen' der Adressatensysteme provozieren.[63]

C. Destruktive immaterielle Steuerung: Destruktive Steuerung ist, wie bereits im materiellen Bereich gezeigt, immer Ausschluss von Handlungsmöglichkeiten, ohne dass es dazu der Einwilligung des Adressaten bedarf. Im immateriellen Bereich geht es bei den hierzu nutzbaren Medien um Wissen, das den Adressatensystemen vorenthalten wird, so dass diese Handlungen, die das betreffende Wissen voraussetzen, nicht vornehmen können. Wie bereits dargestellt, besteht im Bereich der Steuerung von Hilfesystemen hierzu die Möglichkeit, Leistungen über Anfragen an Anbieter oder über beschränkte Ausschreibungen[64] zu beschaffen und bestimmte Einrichtungen gezielt nicht anzufragen bzw. nicht in die (beschränkte) Ausschreibung einzubeziehen, so dass diese keine Möglichkeit haben, ein Angebot abzugeben. Eine ähnliche Wirkung hat die Nicht- oder nur selektive Weiterleitung von Informationen, z.B. über komplementäre Finanzierungsmöglichkeiten, wie z.B. der Europäische Sozialfonds oder Sonderprogramme des Bundes, der Länder oder der BA. Im Gegensatz zu dem ‚Pistolen-Beispiel', mit dem in Anlehnung an Kraus die destruktive Steuerungsoption eingeführt wurde, zeigt sich (bis auf in der

---

fangene Kalenderwoche bei verspätetem Leistungsbeginn oder 10% bei „erheblichen Pflichtverletzungen" – andere Ausschreibungen z.B. für Leistungen im Sinne des § 421i SGB III.

[62] Z.B. sind Ausschreibungen für Integrationsmaßnahmen der BA so gestaltet, dass eine gewisse Integrationsquote vorgegeben wird und eine sogenannte ‚Maluskomponente' eine Strafzahlung für jeden nichtvermittelten Teilnehmer unterhalb der geforderten Quote vorsieht, – sie sind damit ein typisches Beispiel für materielle instruktive Steuerung durch negative Sanktionen. Die erste Selektion als potenzieller Bewerber für solche Leistungen ist stets ‚positiv', d.h. diese Rückforderung wird von der BA auch wirklich erhoben. Bei der zweiten Selektion ist es aber durchaus möglich, sein Angebot so zu gestalten, dass zu einem gewissen Umfang die Maluszahlungen bereits einkalkuliert werden, d.h. man bereits bei der Angebotserstellung *plant*, die geforderte Quote zu unterschreiten. Ob die BA dies ihrerseits aber bereits eingeplant hat (z.B. um Kosten aufgrund von Rückforderungen einzusparen), bleibt allerdings im Bereich der Spekulationen.

[63] Vgl. z.B. Willke 2001, 222.

[64] Beschränkte Ausschreibungen beziehen sich auf § 3 Abs. 2 der Verdingungsordnung für Leistungen (VOL/A) in der Fassung vom 06.04.2006 – s. Bundesanzeiger (2006). 58 Jg. Nr. 100a.

Hilfesteuerung eher unwahrscheinliche Extremfälle) nicht im Materiellen, sondern vor allem im Immateriellen das Gesicht dieser Steuerungsoption. Destruktive immaterielle Steuerung hat von der Definition her schon immer etwas mit Exklusion zu tun – im Gegensatz zur materiellen Steuerung tritt diese nur nicht offen zu Tage, sondern geschieht insgeheim, quasi ‚hinter dem Rücken' des so gesteuerten Systems. Die damit bewirkte Reduktion der möglichen Handlungsselektionen bleibt dem so gesteuerten System zunächst verborgen, so dass diese Steuerung gerade daher wirkt, dass mögliche Handlungsoptionen aufgrund des Wissensdefizits unbemerkt bleiben. Es ist allerdings fraglich, ob dies immer so bleiben muss oder ob das derart gesteuerte System sich irgendwann seiner Wissensdefizite bewusst wird und dies auf eine Handlung des Steuernden zurückführen kann. Die möglichen Folgen einer solchen Erkenntnis müssen nicht näher beschrieben werden. Auch wenn dies möglicher Weise sehr hypothetisch klingen mag, ist davon auszugehen, dass im Handlungsfeld des Case Managements die vor Ort befindlichen Hilfesysteme und damit die möglichen Steuerungsadressaten Möglichkeiten haben, von derartigen Steuerungen zu erfahren, z.B. indem sich erkundigt wird, wieso plötzlich (von anderen Hilfeanbietern) gewisse Leistungen abgegeben werden können oder eine weitere Finanzierungsquelle verfügbar geworden ist. Genau wie destruktive Steuerung im materiellen Bereich ist auch destruktive Steuerung im immateriellen Bereich hochwirksam, birgt aber für den Steuernden zumindest in der längerfristigen Perspektive auch Risiken für die künftige Zusammenarbeit mit den betroffenen Systemen, so dass die Nutzung vor allem dieser Steuerungsoption gut bedacht sein will.

D. Instruktive immaterielle Steuerung: Ähnlich wie materielle instruktive Steuerung kann auch die immaterielle instruktive Steuerung nur dann die gewünschte Wirkung entfalten, wenn der Steuerungsadressat die mit den steuernden Handlungen verbundenen Mitteilungen in seine eigene Sinnkonstruktion transformiert und dort im Sinne des Steuernden interpretiert und in eigene Handlungen umsetzt. Immaterielle instruktive Steuerung ist so als die Übermittlung eines Sinnvorschlags zu verstehen, der vom Adressatensystem im Falle gelingender Steuerung übernommen wird und zur Selbststeuerung des Adressatensystems im intendierten Sinne führt. Die Wahrscheinlichkeit hierfür ist umso größer, je mehr der Sinnvorschlag eine Nähe zur systemspezifischen Sinnkonstruktion des Adressatensystems aufweist.[65] Eine instruktive Forderung (Steuerung) nach einer Veränderung der Einstellung z.B. über Prioritäten bei der Hilfeleistung wird umso eher ‚gehört', als dass sie aus Sicht des Steuerungsadressaten ‚Sinn' macht. Im immateriellen Bereich fehlen auch die dinglichen Anreize (z.B. Geld), die im materiellen instruktiven Bereich den Unterschied vom ‚Sinnlosen' zum ‚Sinnhaften' bewirken können. Sinnloses bleibt hier sinnlos. Und über Sinn und Nicht-Sinn entscheidet immer das Adressatensystem und nicht das steuernde System.[66] Jedes System verfügt zudem über ein umfangreiches Repertoire, um derartigen instruktiven Steuerungen zu begegnen: „Jede Organisation ist nicht nur *garbage can* genug, um Initiativen beliebiger Art im Sande verlaufen lassen zu können, sondern verfügt auch über genügend Interpretationserfahrungen im Umgang mit diesem *garba-*

---

65 Vgl. Willke 2001, 195 oder allgemein Luhmann 1987, 92 ff. und Baecker 2006.

66 Der Verfasser will mit dieser eher umgangssprachlichen Darstellung nicht den systemtheoretischen Grundannahmen der Sinnkonstruktion widersprechen (vgl. Luhmann 1987, 96 f.), sondern setzt hier „Sinnlosigkeit" als „Verwirrung von Zeichen" (Luhmann, a.a.O.), d.h. als einen Sinnvorschlag, da von dem Adressatensystem als nicht in (eigenen) Sinn transformierbar erlebt wird.

ge can, um jeden Widerstand gut und passend begründen zu können."[67] Das vielleicht als ‚Mülleimer-Prinzip' zu beschreibende Verfahren ist auf allen Ebenen von sozialen und psychischen Systemen anzutreffen – von der Kindererziehung bis zum Widerstand von Funktionssystemen bei der Umsetzung politischer Forderungen. Und im Grunde geht es ebenfalls überall darum, dass der mit dem Steuerungsimpuls verbundene Sinnvorschlag nicht akzeptiert wurde. Gelingt es aber, Sinnvorschläge so zu formulieren, dass sie die bereits angesprochene ‚Kompatibilität' mit der Sinnkonstruktion der Adressaten aufweisen, so können diese auch leichter von diesem wahrgenommen, in eigenen Sinn transformiert und in Handlungen umgesetzt werden. ‚Sinnbezug' ist also ein wichtiges Erfolgskriterium für immaterielle instruktive Steuerungen.[68]

Eine weitere Möglichkeit gelingender immaterieller Instruktionen zeigt Baecker in seiner Darstellung von Managementhandeln in Organisationen auf: das Setzen einer Irritation, so dass sie „… den Beobachtern im System als Störung dessen und Widerspruch zu dem auffallen, was sie andernfalls für den geordneten und selbstverständlichen Verlauf der Dingen gehalten hätten."[69] Auch in der Organisationsentwicklung und vor allem in der Organisationsberatung wird die Methodik der gezielten Störung zur Initiierung von Selbstveränderungen (Selbststeuerungen) vielfach verwendet,[70] zumal gerade bei den letzteren weder destruktive noch materielle Steuerungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen und Veränderungen nur immateriell instruktiv auf dem Wege von Selbstveränderungen (Selbststeuerungen) möglich sind. Die Veränderung von Organisationssystemen durch Selbstveränderung benötigt aber Zeit – oft sogar viel Zeit. Schnelle Resultate sind so in aller Regel nicht zu haben. Willke verweist hierzu auf Interventionsregeln des amerikanischen Organisationsberaters Peter M. Senge, wie z.B. „Je stärker du drückst, desto stärker schlägt das System zurück." – „Der leichte Ausweg führt gewöhnlich zurück ins Problem." – „Langsamer ist schneller."[71] Diese durchaus einfach anmutenden Leitsätze verweisen aber darauf, dass Organisationssysteme im Sinne der zuvor zitierten „garbage can" über vielfältige Mittel verfügen, sich Veränderungen zu widersetzen und ihren ‚Ursprungszustand' zu behaupten. Dies gilt dann natürlich auch für Versuche, mittels (gezielter) Irritationen Veränderungen auszulösen. Während, wie bereits gezeigt wurde, immaterielle instruktive Interventionen möglichst eng an der Sinnkonstruktion des zu steuernden Systems anknüpfen sollten, müssen sich Irritationen – auch um überhaupt als solche erkennbar zu sein – davon abheben, eben irritieren. Und auf solche Irritationen muss ein System nicht notwendiger Weise mit passenden Veränderungen reagieren, sondern hat ein deutlich größeres Reaktionsrepertoire:

---

[67] Baecker 2006, 11.

[68] Gerade der Wahlkampf ist eine gute Möglichkeit, dieses Prinzip von Sinnbezug zu beobachten. Die Wahlkämpfer versuchen, mit ihren Darstellungen an der Sinnkonstruktion ihrer intendierten Wählerschichten anzuknüpfen, was, wie beobachtet werden kann, mehr oder minder gut gelingt. Fakten, die für eine Vermittlung zu komplex sind, werden in griffige Schlagwörter gepackt und zielen auf antizipierte Bedürfnisse und Ängste (man denke z.B. an ‚Merkelsteuer' oder die Bedrohung durch Jugendkriminalität im hessischen Wahlkampf 2008). Und da die Intention hinter alledem die Stimmabgabe (= Handlung) ist, kann man so Wahlkampf durchaus als ein Beispiel für immaterielle instruktive Steuerung betrachten, ohne dass man diese Art der politischen (Nicht-) Kommunikation damit gut heißen muss …

[69] Baecker 2006, 11.

[70] Vgl. z.B. Willke 2005, 141 ff.

[71] Ders., 181.

die Irritationen ignorieren oder als irrelevant ansehen, die Irritationen zwar wahrnehmen und ihre Hintergründe sogar erkennen, aber ‚gute Gründe' darlegen, wieso trotzdem keine Veränderung sinnvoll ist, und schließlich erst als dritte Variante, die Irritationen wahrnehmen, ihren Sinn erkennen und darauf Handlungen oder Beobachtungsweisen verändern. Immaterielle instruktive Steuerung durch Irritationen sind daher als Möglichkeit zur *System*steuerung im Rahmen des Case Managements eher Ausnahmen.

Steuerung sozialer Systeme hat also im Gegensatz zu Grundannahmen der ‚traditionellen' Systemtheorie Luhmann'scher Prägung eine Vielzahl durchaus effektvoller Optionen, insbesondere durch destruktive Wirkungsweisen. Steuerung muss sich aber auch bewusst sein, dass jede Steuerung das zu steuernde System (ganz im Sinne einer nicht-trivialen Maschine) verändert und so auch die Steuerung an sich nicht nur Wirkungen im Systemverhalten bewirken kann, sondern auch im ‚Gedächtnis' des gesteuerten Systems verbleibt. Da der gesamte Leistungsprozess des Case Managements nicht nur zwischen Case Manager und Klient, sondern auch unter Einbezug des Hilfesystems nur als Ko-Produktion denkbar ist, hat eine exzessive Nutzung destruktiver Steuerungen einen eher negativen Einfluss auf die zukünftige Zusammenarbeit, was vor der Selektion einer solchen Steuerungsoption bedacht werden muss.

Systemsteuerung im Case Management erfordert zusammenfassend also aus Sicht des Verfassers folgende Elemente, um auch wirklich als Steuerung gelten zu können:

- die Steuerungs**intention** des Steuernden, d.h. die Absicht, eine Veränderung des status quo bewirken zu wollen,
- ein Steuerungs**ziel**, d.h. eine Festlegung eines zukünftig zu erreichenden Soll-Zustandes, der von dem Steuernden alleine oder diskursiv mit dem Adressaten gemeinsam festgelegt werden kann. Dieser muss zudem zumindest hinlänglich operationalisierbar sein, so dass auch eine Evaluation der Zielerreichung möglich ist.
- eine Steuerungs**methode**, d.h. die Wahl zwischen instruktiven und destruktiven Wirkungen und materiellen oder immateriellen Medien, wobei auch Kombinationen denkbar sind,
- eine ‚**Risiko**abschätzung' der Steuerung, d.h. die Berücksichtigung der möglichen Folgen destruktiver Steuerungen, der Auswirkungen exzessiver Nutzung materieller instruktiver Steuerungen und die Berücksichtigung der spezifischen Sinnkonstruktion der Steuerungsadressaten gerade bei instruktiven Steuerungen, wie auch möglicher Wechselwirkungen mit anderen ‚Nachbarsystemen',
- eine **Evaluation** der erreichten Wirkungen der Steuerung, d.h. die Überprüfung der Zielerreichung bzw. des Zielerreichungsgrades und eventuell aufgetretener (unerwünschter) ‚Nebenwirkungen'. Dabei sind sowohl Überprüfungen des Verlaufs wie auch des Ergebnisses denkbar.

Systemsteuerung erfordert also ein intentionales, zielgerichtetes und bewusstes Handeln, das bereits vor der Durchführung die möglichen Wirkungen und Risiken bedenkt und diese auch während und nach der Steuerung ‚im Blick' behält.

3.5 Steuerung und Initiierung von Case Management

Eine weitere These des Verfassers von grundsätzlicher Bedeutung ist, dass die ‚Steuerungsmacht' des Case Managements zentral durch die Art und Weise, wie es entstanden ist, determiniert wird. Case Management kann von vielerlei Seiten her initiiert werden, seien es die Case Manager selbst (z.B. gesetzliche Betreuer)[72] oder seien es, wie z.B. im SGB II, die Grundsicherungsträger als Kostenträger. Die Möglichkeiten zum ‚Hineinwirken' in das Hilfesystem sind für die beiden erwähnten Beispiele höchst unterschiedlich und aus Sicht des Verfassers zentral abhängig von der Position des Initiators. Diese These, dass ‚Steuerungsmacht' stets in Abhängigkeit von der Position des Initiators und Betreibers von Case Management zu sehen ist, soll im Folgenden erläutert werden.

Case Management ist zunächst aus Sicht des Verfassers grundsätzlich entweder intraorganisatorisch oder interorganisatorisch denkbar. Auch wenn zumeist Case Management sich gerade als die Verknüpfung der von unterschiedlichen Organisationen angebotenen Hilfeleistungen versteht, also interorganisatorisch agiert, kann es aber prinzipiell auch intraorganisationsbezogen entstehen und wird so auch öfters so praktiziert, z.B. in Krankenhäusern[73] oder in Rehabilitationseinrichtungen wie Berufsförderungs- und Berufsbildungswerken.[74] Diese Variante soll aber bei den weiteren Betrachtungen weitgehend außer Acht gelassen werden, da in diesem Fall aus Sicht des Verfassers das Problem des ‚begrenzten Mandates' besteht, d.h. Case Management vor allem den Interessen des Auftraggebers, der auch zugleich Bereitsteller der zu steuernden Hilfen ist, zu dienen hat. Zudem müssen sich alle derartigen Konzepte fragen lassen, ob sie wirklich alle die vom Klienten benötigten Hilfeleistungen selbst bereitstellen können oder ob Case Management eigentlich mehr eine Leistungssteuerung im Sinne der zuvor erfolgten Beschreibung des Care Managements darstellt.[75] Diese Frage ist bei der bereits in Abschn. 3.1 dargestellten Vielfalt dessen, was mit Case Management tituliert wird, mehr als berechtigt, impliziert aber nicht zwingend, dass sämtliches intraorganisatorisch betriebene Case Management keines ist. Wird Case Management im z.B. Krankenhaus als Parallelkonzept zu Care Maps (o.ä.) genutzt und hat damit die Aufgabe, die individuell erforderliche Versorgung von denjenigen Patienten sicherzustellen, deren Krankheitsbild oder -verlauf nicht in die Programme der klinischen Pfade passt, so ist dies eine sehr sinnvolle Konstruktion und verdeutlicht zugleich die Unterschiedlichkeit der Aufgabenstellungen von Care und von Case Management als generelle bzw. individuelle Hilfeplanung und -steuerung.[76]

Um sich nun die Gestaltungsmöglichkeiten eines interorganisatorisch betriebenen Case Managements anzusehen, muss man sich die grundsätzlichen Akteure im Case Management-Pro-

---

[72] Vgl. dazu Mennemann 2005.

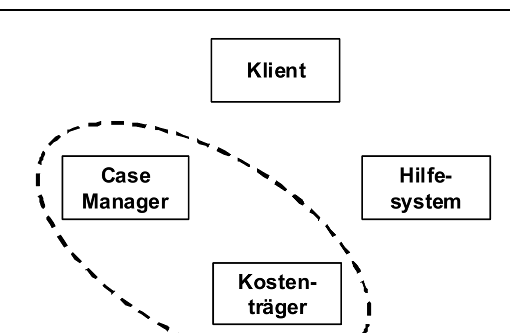
[73] Vgl. z.B. Schwaiberger 2005 oder Ribbert-Elias 2006.

[74] Vgl. z.B. Bergs 2005, Schopf 2005.

[75] Vgl. hierzu Kap. 2.

[76] Vgl. hierzu auch Ewers 2006, Ribbert-Elias 2006.

Abbildung 2: Grundsätzliche Akteure im Case Management



zess sowie deren grundsätzlichen Möglichkeiten der Systemsteuerung vergegenwärtigen: Beteiligt sind immer Klient, Case Manager und die involvierten Dienste des Hilfesystems.[77] Sofern der Case Manager nicht auch Vertreter des Kostenträgers ist, wäre dieser als weitere Komponente mit einzubeziehen, so dass sich das in Abb. 2 dargestellte Bild ergibt.

Case Management könnte nun grundsätzlich von jedem der beteiligten Akteure initiiert werden, wobei der Klient als Person als Initiator von Case Management ausscheidet, da es sich dann nur um einen Einzelfall handeln würde, der nach Abschluss keine weitere Wirkung in Richtung auf die anderen Akteure entfalten würde und könnte. Eine Initiierung durch eine Bündelung von Klienteninteressen, z.B. durch Selbsthilfegruppen, wäre aber durchaus vorstellbar. Weiterhin ist Case Management durch den Kostenträger denkbar, z.B. durch die Grundsicherungsträger im SGB II. Wie Mennemann aufgezeigt hat, kann aber auch Case Management durch die Case Manager selbst (hier: gesetzliche Betreuer) initiiert werden, wie es auch von dem Hilfesystem, d.h. durch einen Zusammenschluss von Hilfeanbietern entstehen kann.[78] Diese vier grundsätzlichen Möglichkeiten und die damit entstehenden unterschiedlichen Arten der Steuerung des Hilfesystems können daher grafisch wie in Abb. 3 gezeigt dargestellt werden.

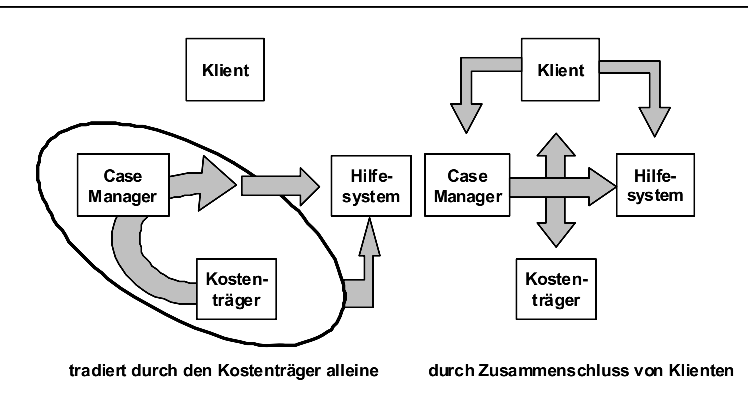
Die Steuerung des Hilfesystems bei ‚Trägerschaft' des Case Managements durch den Kostenträger ist eindeutig, da die Case Manager in diesem Fall einer Weisungsgebundenheit unterliegen, selbst wenn sie nicht Mitarbeiter des Kostenträgers sein sollten, sondern ‚nur' als Externe in seinem Auftrag handeln. Im Falle der Trägerschaft durch einen Zusammenschluss von Klienten sind die Steuerungsmöglichkeiten hingegen höchst komplex, da die Initiatoren zunächst mit dem (oder den) Kostenträger(n) die ‚Konditionen' auszuhandeln haben, sich dann (z.B. freiberuflich tätige) Case Manager auswählen, wie auch mit den Hilfeanbietern in Ver-

---

[77] Der mögliche Einbezug von Partnern im Klientensystem, von informellen Hilfen usw. soll damit nicht unterschlagen werden, passt aber hier nicht in die auf Systemsteuerung orientierte Darstellung.

[78] Vgl. dazu z.B. Mennemann 2006.

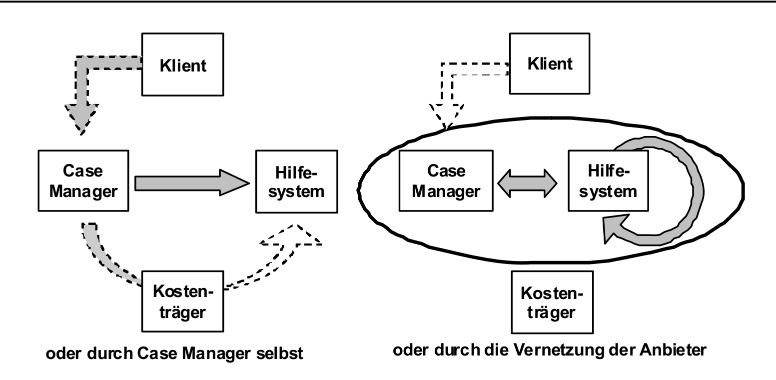
Abbildung 3: Möglichkeiten der Systemsteuerung (1)



handlung über deren Leistungen treten müssen. Zudem muss fallbezogen noch eine Steuerung von Hilfen durch die (beauftragten) Case Manager erfolgen. Da in der Literatur zu einer derartigen Konstellation keine Belege zu finden sind, wird auf die weitere Darstellung dieses, wenn auch grundsätzlich denkbaren, Falles einer Initiierung von Case Management durch Klientenzusammenschlüsse verzichtet. Eine Systemsteuerung durch Zusammenschlüsse von Case Manager bzw. von Hilfeanbietern würde dann wie in Abb. 4 gezeigt aussehen.

Bei der Initiierung durch Case Manager selbst können diese die Inanspruchnahme von Leistungen des Hilfesystems regeln, haben aber, wie Mennemann deutlich aufzeigt, erkennbare Restriktionen im Umfang der ihnen möglichen Steuerungen.[79]

Abbildung 4: Möglichkeiten der Systemsteuerung (2)



79 S. Mennemann 2005, 23.

Im Falle der Initiierung von Case Management schließlich durch Hilfeanbieter selbst vernetzt sich das Hilfesystem untereinander und bietet daraus Case Management als aus der Vernetzung heraus entspringende Dienstleistung an. Das Hilfesystem steuert sich damit letzten Endes selbst, wobei nicht unterschlagen werden soll, dass auch der Kostenträger aufgrund der Finanzierung der einzelnen Hilfen eine Mitsprache hat. Ob damit aber das Hilfesystem als Träger des Case Managements eine Veranlassung hat, tatsächlich am konkreten Bedarf der einzelnen Klienten orientierte Hilfen anzubieten, müsste allerdings noch eingehender untersucht werden.

Die aufgezeigten Unterschiede führen zur Frage, ob die Ausgestaltung von Case Management und die damit auch gesetzten Grundsätze für die Systemsteuerung willkürlicher Natur sind, d.h. lediglich dem Willen derer unterliegen, die sich für die Einführung von Case Management entschieden haben, oder ob es ‚systematische' Bedingungen gibt, die die Möglichkeiten zur Systemsteuerung in dem jeweiligen Modell beeinflussen? Gemeint ist mit dem gewählten Terminus der ‚systematischen' Bedingungen, dass die Möglichkeiten, die einem Case Management zur Beeinflussung des genutzten Hilfesystems vom Prinzip her zur Verfügung stehen, in Abhängigkeit von der Art und Weise, wie das Case Management entstanden ist, gesehen werden muss.

Dazu ist es erforderlich, etwas vorzugreifen und die grundsätzlichen Ebenen, die mit Case Management zu tun haben, zu betrachten: Zum einen gibt es die Ebene der Case Manager selbst, also die Ausführungsebene, da wo Case Management als Verfahren angewendet wird. Dieses könnte als der erste Kreis des Case Managements bezeichnet werden. Darauf aufbauend folgt die Ebene der Organisation, die Case Management einführt und dazu die erforderlichen Strukturen schafft (oder besser: schaffen sollte). Dies wäre dann der zweite Kreis. Der dritte Kreis, der für ein wirksames Case Management erforderlich ist, ist der des Unterstützungs- und Hilfesystems, das die für die Fallarbeit erforderlichen Dienstleistungen bereitstellt. Mann könnte jetzt noch einen vierten Kreis annehmen, in dem die Rahmenbedingungen, unter denen Case Management stattfindet oder stattfinden kann, gestaltet werden, d.h. hätten hier noch die Ebene der Kommunal-, Landes-, Bundes- und EU-Politik hinzuzunehmen. Für die Betrachtung der unterschiedlichen Modelle von Case Management – Implementationen ist dieser vierte Kreis aber nicht direkt von Belang, wie noch aufgezeigt werden soll.[80]

Bei der Darstellung der grundsätzlichen Wege der Systemsteuerung hatte der Verfasser angedeutet, dass in manchen Situationen Kostenträger und Case Management betreibende Organisation identisch sein können. Dies stellt natürlich Steuerungsansprüche vor eine komplett andere Situation, als wenn sich Hilfeanbieter zu einem Netzwerk zusammenschließen und Case Management betreiben wollen. Noch anders ist die Intention von (i.d.R. selbstständigen) Professionellen zu sehen, ihre Tätigkeit durch Case Management besser zu strukturieren, wie Mennemann z.B. im Handlungsfeld der gesetzlichen Betreuung darstellt.[81]

---

[80] vgl. dazu auch die Ausführung von Löcherbach zu den Netzwerkebenen Löcherbach 2007, S. 21 ff.

[81] vgl. Mennemann 2005

Es zeigen sich also drei[82] unterschiedliche Ausgangspunkte für die Einführung von Case Management, die wiederum unterschiedlich ‚starke' Mandate für die systemsteuernden Ansprüche des Case Managements bedingen:

- Case Management initiiert vom Kostenträger, der auch das Case Management durchführt, bzw. – auch das ist vorstellbar – an Dritte auslagert, die dann aber in seinem Auftrag handeln. Ein Beispiel hierfür wären die Träger der Grundsicherung nach SGB II.[83]
- Case Management initiiert von Hilfeanbietern, die sich zu einem Netzwerk zusammenschließen, ihre Leistungen (kontraktgebunden) aufeinander abstimmen und zur Koordination ein Case Management einführen, dass im Auftrag des Netzwerks diese Koordinierungsaufgabe übernimmt. Ein Beispiel für diese Variante wären Anbieter im Bereich der Altenhilfe oder der Nachsorge für schwer kranke Kinder wie z.B. der ‚Bunte Kreis'.[84]
- Case Management initiiert von einzelnen Professionellen, die sich zu einem Netzwerk als ‚Quasi-Organisation' zusammenschließen und von dort aus mit Hilfeanbietern ein Hilfenetzwerk zu gründen versuchen. Als Beispiel dieser Möglichkeit wurde bereits zuvor die gesetzliche Betreuung genannt.[85]

Grafisch können die skizzierten Möglichkeiten aus Sicht des Verfassers wie in Abbildung 5 dargestellt werden.

Die stärkste ‚Steuerungsmacht' hat hier ein Case Management, das vom Kostenträger selbst ausgeht, da hier das gesamte ‚Steuerungsrepertoire' von destruktiver bis instruktiver und von materieller bis immaterieller Steuerung (vgl. Kap. 2) zur Verfügung steht. Die Strichelung der Steuerungspfeile von den Case Managern bis zur Organisation soll hierbei lediglich verdeutlichen, dass natürlich die Organisation festlegt, wie weit die Steuerungskompetenzen der Case Manager gehen.[86]

Die ‚Steuerungsmacht' eines von Seiten der Hilfeanbieter initiierten Case Managements, z.B. durch die Gründung eines entsprechenden Vereins, ist der Natur einer solchen Vernetzung geschuldet, dann deutlich geringer. Auch wenn die Dienstanbieter erkannt haben, dass nur gemeinsam und koordiniert noch ein zukunftsfähiges Arbeiten möglich ist, so tun sie dies doch aus in erster Linie partikularen Interessen. Solange das (gemeinsame) Case Management diese

---

82 Weiterhin besteht noch die zuvor dargestellte vierte Möglichkeit der Initiierung von Case Management durch den Zusammenschluss von Klienten, die aber für die weitere Analyse vernachlässigt wird.

83 Wendt umschreibt diese Variante mit den Worten, dass der ‚payer' auch ‚player' sein will (2005b, 8) und führt weiter aus, dass dieser dann die konkrete Durchführung „… von angestellten Fachkräften ausführen lassen (kann – RF), oder er überträgt die Ausführung an Dienstleister, die ihm dann über Verlauf und Erfolg berichten." (ebd.), vgl. zu Beispielen dieser Variante auch Ewers / Schaeffer 2000, 16 ff.

84 Vgl. z.B. hierzu Porz / Podeswik 2006; Porz et al. 2005; Porz / Bartmann 2003 und allgemeiner Wendt 2005b, 8 oder Neuffer 2005, 231, bzw. in einem weiteren Anwendungsbeispiel Klein / Mennemann 2005.

85 Vgl. hierzu auch Löcherbach 2007, 21 ff.

86 Vgl. dazu ausführlicher Faß 2009 – insbesondere Abschn. 3.3.

Abbildung 5: Möglichkeiten der Initiierung von Case Management

Initiierung
① CM durch Kostenträger
② CM durch Hilfesystem
③ CM durch Professionelle
Ebenen
Netzwerk
Netzwerk
Netzwerk
Kosten-träger
Case Manager
Case Manager
Case Manager
Kosten-träger
Kosten-träger
Steuerungs-optionen
md id
mi ii
ii
ii
Steuerungsmacht
Legende = Initiative = hoch = mittel = niedrig

Steuerungsoptionen (vgl. hierzu Kap. 4) :
md = materiell destruktiv, **id** = immateriell destruktiv,
mi = materiell instruktiv, **ii** = immateriell instruktiv
Möglichkeiten der Initiierung von Case Management
= nicht verfügbar = nur eingeschränkt verfügbar

ausreichend bedient, ist auch Systemsteuerung, z.B. durch Anpassung von Hilfen, durchaus möglich. Eine vertragliche Gestaltung der Kooperation und vor allem der Mandatierung des Case Managements schafft hierfür zusätzliche Handlungssicherheit. Werden zentrale Interessen aber verletzt, wird auch schnell das Mandat des Case Managements Begrenzungen erfahren, z.B. wenn ein neuer Anbieter mit ähnlichen und damit konkurrierenden Angeboten für das Case Management tätig werden will. Ganz im Sinne der Systemtheorie sind in einem solchen Fall deutliche ‚Grenzziehungen' des durch den Zusammenschluss formierten Hilfesystems zu erwarten, die auch kontraproduktiven Charakter annehmen können (z.B. wenn der ‚Neue' bessere oder günstigere Angebote platzieren will). Ähnliches gilt, wenn Veränderungen der Klientenbedarfe ein ‚Umschichten' der Hilfeleistungen dergestalt erfordern würde, dass nicht mehr alle

Partner in bisheriger Weise ‚bedient' werden könnten. Im Rahmen der Mandatierung wird der Case Manager wohl außer auf immaterielle instruktive Steuerungen nur in sehr begrenzten Fällen auf materielle destruktive Steuerungen zurückgreifen können, wenn z.B. eine Hilfe den vertraglich ausgehandelten Qualitätsstandards nicht entspricht, Aufforderungen zur Abhilfe erfolglos blieben und schwerwiegende Folgen bei Weiterführung der Hilfe (z.B. Sanktionen durch den Kostenträger) zu befürchten sind. Selbst in diesem Fall wird aber das Hilfenetzwerk einer deutlichen Belastungsprobe ausgesetzt sein. Materielle instruktive Steuerungen werden hingegen keine Option darstellen, da im Regelfall das Case Management nur Mittler (broker) ohne eigene Budgethoheit sein dürfte. Selbst wenn dies der Fall wäre, ist anzunehmen, dass Eigeninteressen der netzwerkenden Organisationen zumindest negativen materiellen Sanktionen (z.B. Strafzahlungen) entgegenstehen. Immaterielle destruktive Steuerung schließlich kann definitiv ausgeschlossen werden, weil sie eine der zentralen Grundlagen, der Neutralität des Case Managements gegenüber den es erst schaffenden Organisationen verletzen würde.[87]

Die deutlich schwächste ‚Steuerungsmacht' dürfte ein Case Management aufweisen, dass von schon bisher mit Einzelfallbetreuung beschäftigten Professionellen, wie z.B. die bereits angesprochenen gesetzlichen Betreuern, initiiert wurde. Diese müssen sich, analog zu Hilfeanbietern, erst zu einem Art Organisation zusammenschließen (z.B. durch Vereinsgründung), um ‚systemwirksam' werden zu können. Ein einzelner Professioneller für sich alleine wird, was wohl einfach nachzuvollziehen sein dürfte, mit den vielfältigen Aufgaben der Systemsteuerung überfordert sein.[88] Daher bedarf es zur Erreichung einer grundlegenden ‚Systemsteuerungskompetenz' eines Zusammenschlusses der im gleichen Feld agierenden Professionellen, die dann als Gemeinschaft gegenüber Hilfeanbietern auftreten und die hierzu erforderlichen Tätigkeiten unter sich aufteilen können. Allerdings sind auch trotz Zusammenschluss dieser Professionellen deren Einwirkungsmöglichkeiten auf das existierende Hilfesystem deutliche Grenzen gesetzt. Die im Regelfall nur eher als sporadisch einzustufende Nutzung der einzelnen Systemleistungen (Hilfeangebote) dürften wenig Interesse seitens der Anbieter hervorrufen, ihre Leistungen den Fallanforderungen besser anzupassen und eine kooperativere Leistungserbringung (d.h. in Vernetzung mit anderen parallel oder im Anschluss erbrachten Leistungen) zu versuchen. Die Steuerungsmöglichkeiten des Case Managements werden daher in der Praxis auf immaterielle instruktive Versuche beschränkt bleiben, wobei prinzipiell auch beide destruktiven Möglichkeiten bestehen, nur bleiben sie ein eher ‚stumpfes Schwert', da als Alternative nur eine Leistung eines anders Anbieters bleibt, nicht aber die eigentlich damit intendierte Veränderung der Leistungsausgestaltung beim Steuerungsadressaten. Zu einem ähnlichen Schluss

---

[87] Vgl. hierzu auch Mennemann 2006 –anders Gissel-Palkovich, die deutliche Bedenken gegenüber den Realisierungschancen des von Mennemann favorisierten Konzepts eines neutralen, von Hilfeanbietern initiierten Case Managements äußert (Gissel-Palkovich 2006a, 100); vgl. auch Simmen et al. 2003, 169 zu Konflikten zwischen unterschiedlichen Professionellen.

[88] Viele Vertreter des Case Managements gehen aus diesem Grund von einer mehr oder minder strikten Trennung von Fallsteuerung durch die Case Manager und Systemsteuerung durch die Case Management betreibende Organisation aus – vgl. hierzu z.B. Löcherbach 2007; Neuffer 2005, 159; Mennemann 2006, 13 oder allgemeiner Wendt, der durch die begriffliche Unterscheidung zwischen Care und Case Management Fall- und Systemsteuerung generell unterschiedlichen Organisationsebenen zuweist – vgl. hierzu Wendt 2001; 2005a; 2006b und 2007b.

kommt Mennemann bei seiner Analyse der Steuerungsmöglichkeiten durch als Case Manager agierende (gesetzliche) Betreuer, wenn er den Aufbau eines festen, vertraglich gesicherten Hilfe-Netzwerkes als „illusorisch“ bezeichnet.[89]

Festzuhalten ist als Fazit der verschiedenen Varianten bei der Etablierung von Case Management, dass die ‚Betreibung’ durch oder im direkten Auftrag eines Kostenträgers die am weitesten gehenden Möglichkeiten zur Systemsteuerung schaffen. Dies ist aber vor allem in den Handlungsfeldern möglich, wo Kostenträger auch gleichzeitig mit der Arbeit für ihr entsprechendes Klientel betraut sind. Dies gilt daher vor allem für die Bereiche der Grundsicherungsträger (SGB II) wie auch für die Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII). Im Bereich z.B. des SGB XI (Pflegeversicherung) sind die Pflegekassen nur ‚Payer’ (Wendt), so dass hier die Variante 1 mangels ‚Player’ keine Grundlage hat.

3.6 Systemsteuerung – ein erstes Fazit

Aus Sicht des Verfassers ist es an der Zeit, eine eigene Definition dessen, was Systemsteuerung im Case Management darstellt, zu erstellen. Zur besseren Absicherung dieses Definitionsversuches sollen aber zunächst noch einschlägige Definitionen in der Literatur betrachtet werden:

> *„Die Systemebene bezeichnet die Vernetzung der Dienstleistungsanbieter und informellen Hilfen vor Ort. Vernetzung bezeichnet die Initiierung und den Aufbau sowie die prozesshafte Pflege und Überprüfung standardisierter Kooperations- und Koordinationsstrukturen im lokalen Versorgungsgefüge. Die Systemebene unterscheidet CM wesentlich von anderen Beratungsformen.“*[90]

> *„Case Management wird als Überbegriff von Fall- und Systemsteuerung verstanden. […] Im Rahmen der Systemsteuerung oder Care Management werden Versorgungsprozesse und -strukturen optimiert oder neue angeregt, um die Fallsteuerung personenbezogener Prozesse zu erleichtern.“*[91]

> *„Das Case Management hat einen intermediären Charakter. Es vermittelt zwischen den Versorgungsmöglichkeiten im System der Sozialleistungen und der Sorge, die in der Lebensführung von Menschen zur Bewältigung von Problemen angezeigt ist. Diese Zwischenschaltung wird gebraucht, weil die dem System eigene Komplexität und autogene Dynamik sich den einzelnen Nutzenden ebenso schwer erschließt wie die Komplexität und Problematik seiner Lebenslage den spezialisierten Akteuren und Akteurinnen im System der formellen Versorgung vor Augen steht.“ (Wendt 2007a, 461)*

---

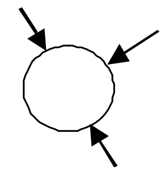
[89] S. Mennemann 2005, 23.

[90] Fachgruppe Case Management der DGS (Hrsg.) 2005, 3.

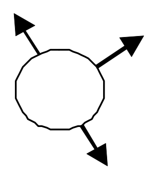
[91] Ehlers 2007, 441.

Abbildung 6: Case Management vs. Sozialhilfekoordination (van Riet / Wouters 2002, 68)

Variante 1: Klient/in im Zentrum I
Koordination der Hilfe- und Dienstleistungen auf der Ebene von Einrichtungen und Disziplinen: *Sozialhilfekoordination*



Variante 2: Klient/in im Zentrum II
Koordination der Hilfe- und Dienstleistungen auf der Ebene der Klientel: *Case Management*



> *„Die ‚Steuerung erster Ordnung' […] bezeichnet die Steuerung im Einzelfall, die sich auf die Erreichung eines […] vorgegebenen Zieles richtet. Die ‚Steuerung zweiter Ordnung' (beabsichtigt) die Leistungsprozesse inner- wie interorganisatorisch so zu steuern […], dass das Ziel der ‚Steuerung erster Ordnung' überhaupt erreicht werden kann." (Reis et al. 2007, 27)*

Die einprägsamste Unterscheidung von der systemsteuernden Funktion von Case Management zur tradierten Funktion der Hilfeplanung stammt von Nora von Riet und Harry Wouters und ist deshalb aus Sicht des Verfassers so einprägsam, weil sie grafischer Natur ist (s. Abb. 6). Gerade dieses Schaubild skizziert sehr deutlich das, worauf vom Verfasser bereits vielfach verwiesen wurde: Case Management erhebt den Anspruch, aus den Bedürfnissen der Fälle heraus das für eben diese Fälle Unterstützung leistende Hilfesystem zu steuern. Der Klient ist hier wirklich der Mittelpunkt der Überlegungen und steht nicht nur in der Mitte als Objekt der zahlreichen Leistungsangebote.

Die anderen Zitate machen diesen Perspektivenwechsel nicht deutlich, es wird hier nur von „Vernetzung" (Fachgruppe Case Management a.a.O.), „Optimierung" (Ehlers, a.a.O.) oder „Vermittlung" (Wendt, a.a.O.) gesprochen. Reis unterscheidet zusätzlich zwischen Steuerung „erster" und „zweiter Ordnung" (Reis, a.a.O.) und gibt damit einen wichtigen Hinweis darauf, dass zwischen Steuerung im Fall und Steuerung im System unterschieden werden muss. Auch

kann der Verweis von ihm, dass die Zielsetzung der Steuerung „zweiter Ordnung“ in der Ermöglichung der „Steuerung erster Ordnung“ zu sehen ist, als Hinweis darauf gedeutet werden, dass Steuerung insgesamt aus dem Fokus des Falles heraus, wie auch vom Verfasser mehrfach gefordert, zu erfolgen hat: „Die Steuerung des Einzelfalls kann aber nur zureichend gelingen, wenn gleichzeitig die Angebote und das Handeln des Fallmanagements einzelfallübergreifend – und häufig auch interorganisatorisch – gesteuert werden.“[92]

Auch die Steuerung des Falles wirkt vielfältig in das Hilfesystem hinein. Zum einen werden professionelle Hilfen für den Fall herangezogen, also Hilfen genutzt und andere nicht genutzt – selbst die Erstellung des Hilfeplans birgt so Entscheidungen, die das Hilfesystem betreffen. Zum anderen können Hilfen im Laufe der Fallbearbeitung an die spezifischen Bedürfnisse des Falles angepasst und/oder neue Vernetzungen zwischen beteiligten Hilfedienstleistern initiiert werden, die für den Fall erforderlich geworden sind.[93] Dies zusammen mit Steuerungsaktivitäten des Case Managers in Richtung Klientensystem sowie möglicher Weise mit in den Fall eingebundene nicht-professionelle Unterstützer wäre dann nach Reis eine Steuerung erster Ordnung. Davon abzugrenzen wären dann alle anderen Steuerungen in das Hilfesystem hinein, die somit zu Steuerungen zweiter Ordnung würden. Grundlage dieser Unterscheidung scheint die sehr sinnhafte Trennung zwischen fallspezifischen und fallübergreifenden Steuerungen zu sein. Nur ist im Gegensatz zu der zwar klar erkennbaren Abgrenzung bei Reis (das ist ihre eindeutige Stärke) die Trennlinie nicht zwingend zwischen Fall und fallübergreifend, sondern sie liegt in der Bewertung, ob eine wie auch immer intendierte Steuerung nur fallbezogen wirkt oder auch für künftige Fälle die zuvor fallbezogen initiierten Veränderungen in dem zuvor ‚gesteuerten’ Hilfesystem erkennbar sind. In einer früheren Arbeit wurde dies vom Verfasser „Spuren im System“ bzw. eine „fallübergreifende Dauerhaftigkeit“[94] genannt.

Fallbasierte Steuerungen in das Hilfesystem hinein sollen daher aus Sicht des Verfassers nicht unter dem Begriff der Systemsteuerung gefasst werden, wenn ihre Wirkungen lediglich auf die Dauer des Falles beschränkt sind. Systemsteuerung hingegen ist dann ganz allgemein alles Handeln in das System hinein, das fallübergreifende Veränderungen bewirkt. Der Begriff der Systemsteuerung kann daher wie folgt gefasst werden:

- Systemsteuerung sind Handlungen des Case Managements in das Hilfesystem hinein, die dieses vor allem in Hinblick auf einzelfallübergreifende Erfordernisse der Klienten verändern.
- Systemsteuerung soll intendiert, zielgerichtet und konsequenzenbewusst erfolgen, so dass mögliche (auch unerwünschte) Folgen von Steuerungen bereits vorab bedacht und mit den angestrebten Wirkungen abgewogen werden.
- Systemsteuerung orientiert sich in der Wahl der Steuerungsmethode an dem zu steuernden System(en) und der zu erreichenden Veränderung.

---

[92] Reis et al. 2007, 27-28.

[93] Wenn hier stets nur vom ‚Fall’ gesprochen wird, soll damit nicht einer Marginalisierung der für die Fallarbeit notwendigen Klientenbeziehung das Wort geredet werden. Durch die Fokussierung dieser Arbeit auf die Steuerung von Hilfesystemen erscheint dem Verfasser aber die gewählte Begrifflichkeit adäquater.

[94] Faß 2006, 141.

- Systemsteuerung bedarf stets eines Controllings, das feststellt, ob die beabsichtigte(n) Wirkung(en) erreicht wurde(n), bzw. ob auch unerwünschte Nebenfolgen zu verzeichnen sind.

Folgende Einschränkungen sind mit diesem Definitionsvorschlag verbunden:

Die Einschränkung „vor allem“ soll zwar den Klientenfokus (und damit die Prioretisierung der Effektivität der Dienstleistungen) nach wie vor unterstreichen, es aber zulassen, dass mit Systemsteuerung auch sekundäre Ziele, wie z.B. Effizienzsteigerungen, verfolgt werden können.[95]

Die Einschränkung „soll“ bei der Forderung nach intendiertem Handeln ist daher zu treffen, da auch nicht intendiertes Handeln des Case Managements in das Hilfesystem hinein zu Veränderungen führen kann. Auch in diesem Fall muss von Systemsteuerung gesprochen werden, da eine Handlungskette von ‚Aktion' – ‚Reaktion' vorliegt. Systemsteuerndes Handeln beansprucht wie jedes Handeln im Case Management eine sorgsam überlegte Intention und somit ist diese als Handlungsvoraussetzung auch zu fordern, es kann aber nicht ausgeschlossen werden, dass diese Voraussetzung im Einzelfall auch einmal nicht erfüllt wird und sich so ‚unbeabsichtigt' fallübergreifende Wirkungen im Hilfesystem zeigen. Sind diese Wirkungen Folgen von Handlungen des Case Managements, so muss es sich diese und vor allem die Verantwortung hierfür auch zurechnen lassen.

3.7 Zusammenfassung und Ausblick

Aus den bisherigen Ausführungen ist zu erkennen, dass vom Verfasser deutlich ein Modell eines ‚dominant steuernden' Case Managements vertreten wird. Dies scheint im Widerspruch zu dem zu stehen, was zuvor im Zusammenhang mit den Möglichkeiten zur Steuerung sozialer Systeme herausgearbeitet wurde.[96] Wenn Steuerung nur als ‚ultima ratio' destruktiv sein kann und ansonsten nur über instruktive Optionen (materiell wie immateriell) verfügt,[97] so muss Steuerung doch stets eine hohe ‚Andockfähigkeit' zur spezifischen Sinnkonstruktion des Adressaten – im Bezugsgegenstand dieser Arbeit zu hilfeerbringenden Organisationssystemen – ausweisen. Daher ist zum Ende dieser Ausführungen noch einmal die Frage zu stellen, ob ein derart massiver Steuerungsanspruch überhaupt realisierbar und vor allem überhaupt wirksam wäre? Geht Steuerung daher vielleicht doch nur über eine „gegenseitige Durchdringung …, [wo – RF] … die Akteure auf den verschiedenen Ebenen die jeweilige Verschränkung sehen und [sich – RF] einer Beeinflussung zugänglich machen …“[98] – d.h. über eine Systembildung Elemente der jeweils anderen Sinnkonstruktion mit in ihre eigenen Systemoperationen quasi ‚einbauen' und damit übernehmen?

---

95 Case Management legitimiert sich auch dadurch, dass mit seinem Einsatz die Unterstützungsleistungen zur Problembewältigung der betreuten Klienten effektiver werden und damit trotz zusätzlicher Kosten (durch das Case Management) Ressourcen besser genutzt und letztendlich auch Einsparungseffekte (z.B. durch Reduzierung von ‚Doppelbehandlungen') erzielt werden.

96 Vgl. dazu Abschn. 3.4.

97 Vgl. dazu insbesondere Abbildung 1.

98 Löcherbach 2007, 22.

Um dies zu beantworten, ist es aus Sicht des Verfassers erforderlich, sich hier kurz der Frage zuzuwenden, ob Soziale Arbeit ein eigenständiges Funktionssystem des Gesellschaftssystems ist.[99] Dies würde u.a. erfordern, dass im Bereich der Sozialen Arbeit (zu der auch die im Case Management vorzufindenden Hilfeeinrichtungen gehören), ein eigenständiger binärer Code wie z.B. „Helfen“ / „Nicht-Helfen“[100] als handlungsleitende Unterscheidung vorzufinden ist. Die gesamte Diskussion hierzu soll an dieser Stelle nicht rezipiert werden. Es ist aber festzuhalten, dass zwar eine Beobachtung von Umweltgegebenheiten nach der Unterscheidung von „Helfen“ bzw. „Nicht-Helfen“ zwar (eher) nur im Handlungsfeld der Sozialen Arbeit vorzufinden ist, diese Entscheidung aber aufgrund der spezifischen Einbindung in die Gesellschaft nicht singulär ist. Soziale Arbeit ist in ihrer organisierten Form neben der Hilfeleistung selbst auch an wirtschaftliche Tauschprozesse gebunden, so dass von einer ‚Überlagerung‘ der originären binären Codes von „Helfen / Nicht-Helfen“ durch den Code des Wirtschaftssystem von „Zahlen / Nicht-Zahlen“ auszugehen ist. Hilfe ist damit immer auch zugleich ‚Ware‘, auch wenn die Soziale Arbeit gewiss Schwierigkeiten mit dieser Verknüpfung haben dürfte. Dies zeigt sich ganz plastisch daran, dass Hilfeleistungen – von Selbsthilfegruppen oder Bürgerinitiativen einmal abgesehen – mit einem Preis versehen sind, der ausgehandelt, verlangt und gezahlt wird. Die Frage nach dem „Helfen“ oder „Nicht-helfen“ kann daher nicht von der Frage nach dem „Zahlen“ oder „Nicht-zahlen“ getrennt werden. Hilfeleistung hat damit immer auch einen wirtschaftlichen Aspekt und die Sinnkonstruktionen der im Bereich der Sozialen Arbeit agierenden hilfeerbringenden Organisationssysteme beinhalten deshalb auch stets wirtschaftssystembasierte Elemente. Wenn die Möglichkeit, Hilfe zu leisten, immer auch die untrennbar gekoppelte Möglichkeit (und zugleich einzige Möglichkeit!) zur Erlangung materieller Reproduktionsgüter darstellt, dann ist im Umkehrschluss die Nicht-Leistung wie auch die Beendigung der Hilfeleistungen untrennbar verbunden mit einem Ende des Zugangs dieser für den Systemerhalt zwingend erforderlichen Güter.

Die aus dieser ‚Symbiose‘ von sozialen und wirtschaftlichen Sinnzusammenhängen entstehenden Folgen werden von zahlreichen Autoren beschrieben: Hilfeerbringer versuchen, eine hohe Auslastung ihrer Einrichtung und/oder Fachkräfte zu erreichen,[101] bei pauschalfinanzierten Leistungen den Aufwand zu reduzieren,[102] die Betreuungsintensität zur Kosteneinsparung zu senken[103] oder die zu erbringenden Fachleistungsstunden möglichst auszuweiten.[104] Case Management hat daher die Aufgabe, ja geradezu die Verpflichtung, durch steuernde Einwirkungen ins ‚Hilfesystem‘ hinein die durch die Verknüpfung mit wirtschaftssystembasierten Sinnzusammenhängen bedingten Verhaltenstendenzen von Hilfeerbringern im Sinne einer optimal am tatsächlichen Klientenbedarf angepassten Hilfeleistung zu kanalisieren. Die optimal möglichen ‚Freiheitsgrade‘ bei der Hilfeerbringung im Einzelfall sind aufgrund der zuvor beschriebenen Tendenzen nur durch eine konsequente Steuerung zu leisten. Je mehr Kompromisse in der

---

[99] Vgl. dazu z.B. Baecker 1994; Merten 2005; Bango 2005; Bommes / Scherr 1996.

[100] S. Merten 2005, 45 ff.

[101] S. Hampe-Grosser 2007, 447.

[102] S. Hinte 2002, 111.

[103] S. Krölls 2002, 191 f.

[104] S. Schäfer 2002, 78.

Zusammenarbeit mit dem ‚Hilfesystem' eingegangen werden, desto größer werden dann auch die Einschränkungen der Hilfeallokationen im Fall.

Aber auch die ‚Wareneigenschaft' von Hilfe betrifft die Case Management betreibende Organisation selbst. Die o.a. Verhaltenstendenzen sind nicht ‚Hilfesystem-immanent', sondern lediglich eine zwangsweise Folge der ‚Symbiose' von Sozialer Arbeit mit Sinnzusammenhängen des Wirtschaftssystems. Diese betreffen dann auch die Case-Management-Organisation. Sinn macht dann natürlich auch, möglichst viel (Hilfe-)Leistung für möglichst wenig Geld zu erhalten oder im Einzelfall die nur geringste mögliche (= kostengünstigste) Hilfe zu leisten. Einen Ausweg aus diesem Dilemma bietet aus Sicht des Verfassers nur die konsequente Ausrichtung an ein auf ‚Outcome-Effizienz'[105] orientiertes Fall-Controlling, das den Aufwand der Hilfeleistungen mit dem erreichten Ergebnis in Beziehung setzt und sich stets fragen muss, ob bei ein wenig mehr (Hilfe-)Aufwand ein noch besserer Outcome zu erreichen gewesen wäre. Diese scheinbar naheliegende Lösung birgt aber ihre eigenen Beschränkungen. Kleve postuliert generell, dass die Soziale Arbeit weder ihr (im Fall zu erreichendes) Ziel konkret beschreiben, noch dessen ökonomischen Wert angeben kann.[106] In Teilen ist dem sicher zuzustimmen, in Teilen aber auch nicht. Im Bereich der Grundsicherung für Arbeitssuchende (SGB II) kann dies sehr wohl geleistet werden. Die möglichen Ziele der Arbeit mit Hilfeberechtigten sind hier in Einklang mit § 1 SGB II zu formulieren (z.B. die Integration in eine bedarfsdeckende Erwerbsarbeit). Auch deren ökonomischen Wert, mit dem dann der durch die eingeleiteten Hilfen entstandene Aufwand verglichen werden kann, ist durchaus bestimmbar: Er besteht aus der Einsparung von Transferzahlungen[107] und dem Zugang von Sozialversicherungsbeiträgen.[108] Auf diese Weise lässt sich einfach bestimmen, nach welcher Zeit erfolgreicher beruflicher Integration sich der damit verursachte Aufwand ‚gerechnet' hat. In anderen Bereichen der Sozialen Arbeit ist dies sicher deutlich schwieriger. Wenn durch intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung[109] in der Kinder- und Jugendhilfe eine langfristig aufwendigere Heimerziehung vermieden werden kann, lassen sich aber auch hier betriebener Aufwand und erreichte Einsparung in Beziehung setzen.

Man könnte jetzt meinen, der Verfasser wollte bewusst menschliche Schicksale auf monetäre Erwägungen reduzieren und Soziale Arbeit auf die Erwirtschaftung von ‚profit' verpflichten. Durch die Überlagerung dieses Funktionssystems vom Wirtschaftssystem ist es aus Sicht des Verfassers aber gerade notwendig, in seinen Kommunikationen mit übergeordneten Instanzen[110] genau auch diesen Code, d.h. diesen systemkompatiblen Sinnzusammenhang mit zu verwenden. Kommunikationen rein auf der Basis von ‚Helfen / Nicht-Helfen' greifen hier zu kurz und kommen oft bei den die Entscheidungen treffenden Instanzen (Organisationssysteme) nur als ‚Rauschen' an, weil es eben dort keine (oder nur eine deutlich untergeordnete) sinnbasierte

---

105 Vgl. dazu Faß 2009 – insbesondere Abschn. 3.8.

106 S. Kleve 2001, 39.

107 Im Bereich des SGB II das Arbeitslosengeld II (Alg II) und die Kosten der Unterkunft (KdU), ggfs. zuzüglich weiterer Zuschläge und Einmalzahlungen.

108 Darüber hinaus könnte sogar noch die durch höhere Kaufkraft bewirkte Ausweitung des Mehrwertsteueraufkommens (durch mehr Konsum) berücksichtigt werden – was aber schwierig zu bestimmen ist.

109 Gem. § 35 SGB VIII.

110 Z.B. mit der Kreisverwaltung (aus Sicht eines Jugendamtes bzw. eines Grundsicherungsträgers).

Übersetzung für derartige Umweltsignale gibt. Werden aber Kommunikationen von ‚Helfen / Nicht-Helfen' durch solche von ‚Zahlen / Nicht-Zahlen' ergänzt, d.h. die Notwendigkeit der Hilfeleistung auch mit der wirtschaftlichen ‚Sinnhaftigkeit' gekoppelt, so haben die damit entstehenden ‚Verbundsignale' eine deutlich größere Chance, im Sinne des Senders vom Adressaten wahrgenommen und verarbeitet zu werden. Die bereits von Luhmann betonte Notwendigkeit der ‚Andockfähigkeit' von Kommunikationen an die Sinnkonstruktion des Adressaten[111] zeigt sich damit auch in der Art und Weise, wie Case Management seine Arbeit und die dafür erforderlichen Ressourcen darstellt.

Case Management muss sich den Realitäten stellen, die durch die Ausdifferenzierung der Gesellschaft entstanden sind. Hilfe ist (zumindest in der deutlichen Masse) nicht mehr ein mildtätiges Werk Einzelner, die für ein ‚vergelt's Gott' ihr soziales Werk tun, sondern Hilfe ist heute (fast) durchgängig organisiert. Organisierte Hilfe verweist damit auf die Bildung von Organisationssystemen, die die Hilfeerbringung ordnen, bündeln und Hilfeerbringung durch ihre systemeigene Operationsweise[112] von dem Engagement einzelner Personen unabhängig machen. Mit der Bildung sozialer Systeme kommen aber auch deren ‚Mechanismen' in Gang: Die Bildung einer eigenständigen Sinnkonstruktion zur Abgrenzung von der Umwelt (Sinngrenzen) und die stete ‚Abzweigung' von Potenzial mit dem Zweck, das System selbst zu erhalten, dessen Fortbestand zu sichern. Ein solches (Hilfe anbietendes) Organisationssystem macht damit Hilfe intern zur Arbeit, die vergütet wird, und extern zur Ware, gegen deren Bereitstellung der organisationsintern dringend benötigte Systemerhalt sichergestellt werden kann.

Case Management muss daher steuernd eingreifen, dass die organisationintern ‚sinnvollen' Aktionen auch im Zusammenhang mit der Hilfeerbringung im Einzelfall auch für diesen (Einzelfall) „Sinn machen", da, wie wohl jetzt hinreichend dargestellt, dies keine automatische Folge sein wird. Case Management muss sich aber auch zugleich stets bewusst sein, dass die von ihm durch steuernde Eingriffe zu kanalisierenden Effekte auch für es selbst gelten und nur durch klare Fokussierung auf die Effizienz des Outcomes in Grenzen gehalten werden können.

Literatur

BADER, SILVIA / WUNDERLICH, HOLGER 2005: Beispiel: Kommunale Familienberichtserstattung in Nordrhein-Westfalen. In: KÜHN, DIETRICH / FELDMANN, URSULA (Hrsg.): Steuerungsunterstützung durch Sozialplanung und Controlling auf kommunaler Ebene. Berlin: Eigenverlag des Deutschen Vereins. 62–69.

BAECKER, DIRK 1994: Soziale Hilfe als Funktionssystem der Gesellschaft. In: Zeitschrift für Soziologie, Jg. 23, H. 2. 93-110.

BAECKER, DIRK 2006: Management als Störung im System. Vortrag auf der Tagung „Abwehr: Modelle, Strategien, Medien" vom 1.-3. April 2006 in Berlin. Online verfügbar unter http://homepage.mac.com/baecker/papers/stoerung.pdf.

---

111 S. Luhmann 1987 oder zusammengefasst Faß 2009.

112 Vgl. dazu die Ausführungen zu Organisationssystemen in Faß 2009.

BANGO, JENÖ 2005: Der Begriff der Funktion in der Sozialarbeit. In: systhema, Jg. 19, H. 3. 275-284. Online verfügbar unter http://www.if-weinheim.de/download/Systhema_pdfs/Sys_2005/3_2005/Sys_3_2005_Bango.pdf, zuletzt geprüft am 04.04.2008.

BECKER, FRANK / REINHARDT-BECKER, ELKE 2001: Systemtheorie. Eine Einführung für die Geschichts- und Kunstwissenschaften. Frankfurt am Main: Campus-Verl. (CampusStudium).

BERGS, JÜRGEN 2005: Case Management im Berufsförderungswerk. In: Case Management, Jg. 1, H. 1. 36-39.

BOHRKE-PETROVIC, SIGLINDE / GÖCKLER, RAINER 2005: Beschäftigungsorientiertes Fallmanagement im SGB II. In: LÖCHERBACH, PETER / KLUG, WOLFGANG / REMMEL-FAßBENDER, RUTH / WENDT, WOLF RAINER (Hrsg.): Case Management. Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit. 3. Aufl. München: Reinhardt (Soziale Arbeit). 109-131.

BOMMES, MICHAEL / SCHERR, ALBERT 1996: Exklusionsvermeidung, Inklusionsvermittlung und/oder Exklusionsverwaltung. Zur gesellschaftlichen Bestimmung Sozialer Arbeit. In: Neue Praxis, Jg. 26, H. 2. 107-123.

BRINKMANN, VOLKER (Hrsg.) 2006a: Case Management. Organisationsentwicklung und Change Management in Gesundheits- und Sozialunternehmen. Wiesbaden: Gabler.

BUESTRICH, MICHAEL / WOHLFAHRT, NORBERT 2006: Case Management als Baustein der sozialinvestiven Reorganisation des Systems sozialer Dienste und Einrichtungen. In: BRINKMANN, VOLKER (Hrsg.): Case Management. Organisationsentwicklung und Change Management in Gesundheits- und Sozialunternehmen. Wiesbaden: Gabler. 77-88.

BUESTRICH, MICHAEL / WOHLFAHRT, NORBERT 2008: Die Ökonomisierung der Sozialen Arbeit. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, Jg. 12, H. 13. 17-24.

DEPARTMENT OF HEALTH 1991: Care Management and Assessment. Practitioners' Guide. Norwich.

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR CARE UND CASE MANAGEMENT (DGCC) 2008: Rahmenempfehlungen zum Handlungskonzept Case Management. Unter Mitarbeit von Hugo Mennemann, Eva Kanth und Michael Monzer et al.

EHLERS, CORINNA (2007): Case Management in Krankenhäusern. In: Soziale Arbeit, Jg. 56, H. 11, S. 440–444.

EWERS, MICHAEL 2006: Case Management in der Pflege. Versuch einer Bestandsaufnahme. In: WENDT, WOLF RAINER / LÖCHERBACH, PETER (Hrsg.): Case Management in der Entwicklung. Stand und Perspektiven in der Praxis. Heidelberg: Economica (Gesundheitswesen in der Praxis). 55-70.

EWERS, MICHAEL / SCHAEFFER, DORIS (Hrsg.) 2000: Case Management in Theorie und Praxis. Bern: Huber (Hans Huber Programmbereich Pflege).

EWERS, MICHAEL / SCHAEFFER, DORIS 2000: Einleitung: Case Management als Innovation im bundesdeutschen Sozial- und Gesundheitswesen. In: EWERS, MICHAEL / SCHAEFFER, DORIS

(Hrsg.): Case Management in Theorie und Praxis. Bern: Huber (Hans Huber Programmbereich Pflege). 7-27.

FACHGRUPPE CASE MANAGEMENT DER DGS (Hrsg.) 2005: Leitprinzipien Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. In: Case Management, Jg. 1, H. 1. 44-45.

FAß, REINALD 2006: Systemsteuerung im Case Management – Dargestellt am Beispiel der beruflichen (Re-) Integration. In: BRINKMANN, VOLKER (Hrsg.): Case Management. Organisationsentwicklung und Change Management in Gesundheits- und Sozialunternehmen. Wiesbaden: Gabler. 137-158.

FAß, REINALD 2009: Systemsteuerung im Case Management – Systematisierung und praktische Anwendung. Marburg: Tectum.

FICHTEL, ELISABETH 2000: Berliner Koordinationsstellen für ambulante Rehabilitation. Erfahrungen mit Klienten. In: EWERS, MICHAEL / SCHAEFFER, DORIS (Hrsg.): Case Management in Theorie und Praxis. Bern: Huber (Hans Huber Programmbereich Pflege). 275-290.

FOERSTER, HEINZ VON 1988: Aufbau und Abbau. In: SIMON, FRITZ B. (Hrsg.): Lebende Systeme. Wirklichkeitskonstruktionen in der systemischen Therapie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer. 19-33.

FROMMELT, MONA / TRIPPEL, CORNELIA 2005: Ärztlich induziertes Case Management im Praxisnetz Nürnberg Nord. In: Case Management, Jg. 1, H. 2. 70-76.

GALUSKE, MICHAEL 2007: Case Management und aktivierender Sozialstaat. Kritische Anmerkungen zu einer Erfolgsgeschichte. In: Soziale Arbeit, Jg. 56, H. 11. 409-417.

GISSEL-PALKOVICH, INGRID 2006a: Case Management. Chancen und Risiken für die Soziale Arbeit und Aspekte seiner Implementierung in soziale Organisationen. In: BRINKMANN, VOLKER (Hrsg.): Case Management. Organisationsentwicklung und Change Management in Gesundheits- und Sozialunternehmen. Wiesbaden: Gabler. 89-116.

GISSEL-PALKOVICH, INGRID 2006b: Case Management – ein Handlungskonzept Sozialer Arbeit. In: Sozialmagazin, Jg. 31, H. 2. 25-36.

GÖCKLER, RAINER 2006: Beschäftigungsorientiertes Fallmanagement. Praxisorientierte Betreuung und Vermittlung in der Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II) ; eine Einführung. 2. Aufl. Regensburg, Berlin: Walhalla-Fachverl.

HAMPE-GROSSER, ANDREAS 2007: Case Management in der Kinder- und Jugendhilfe. Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser. In: Soziale Arbeit, Jg. 56, H. 11. 444-447.

HAMPE-GROSSER, ANDREAS / KLEVE, HEIKO 2005: Systemisches Case Management als Kontext- und Netzwerkarbeit. Über die Grenzen der Jugendhilfe hinaus und wieder zurück. In: Unsere Jugend, Jg. 57, H. 4. 175-181.

HANSEN, ECKHARD 2005: Das Case/Care Management. Anmerkungen zu einer importierten Methode. In: Neue Praxis, Jg. 35, H. 2. 107-125.

HILLE, JÜRGEN 2006: Kritische Anmerkungen zum Case Management. In: Standpunkt: Sozial, Jg. 14, H. 2. 58-59.

HINTE, WOLFGANG 1998: Der heimliche Lehrplan der neuen Steuerungsmodelle. Oder: Wider die Blendung durch Folien – für mehr Selbstbewußtsein im Umgang mit Kienbaum, Mummert und Bertelsmann. In: REIS, CLAUS / SCHWABE, MATHIAS (Hrsg.): Planung und Produktion sozialer Dienstleistungen. Die Herausforderung „neuer Steuerungsmodelle". Berlin: edition sigma. 203-223.

HINTE, WOLFGANG 2002: Fälle, Felder und Budgets. Zur Rezeption sozialräumlicher Ansätze in der Jugendhilfe. In: MERTEN, ROLAND (Hrsg.): Sozialraumorientierung. Zwischen fachlicher Innovation und rechtlicher Machbarkeit. Weinheim: Juventa-Verl. (Juventa-Paperback). 91-126.

HÖRMANN, GEORG (Hrsg.) 1997: Im System gefangen – zur Kritik systemischer Konzepte in den Sozialwissenschaften. 2. Aufl. Eschborn bei Frankfurt am Main: Klotz.

KLEVE, HEIKO 2001: Systemtheorie und Ökonomisierung Sozialer Arbeit. Zur Ambivalenz eines sozialarbeiterischen Trends. In: Neue Praxis, Jg. 31, H. 1. 29-40.

KLEVE, HEIKO / HAYE, BRITTA / MÜLLER, MATTHIAS (Hrsg.) 2006a: Systemisches Case Management. Falleinschätzung und Hilfeplanung in der Sozialen Arbeit. Heidelberg: Carl-Auer Verl.

KLUG, WOLFGANG 2003: Mit Konzept planen – effektiv helfen. Ökosoziales Case Management in der Gefährdetenhilfe. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

KLUG, WOLFGANG 2005: Case Management im US-amerikanischen Kontext. Anmerkungen zur Bilanz und Folgerungen für die deutsche Sozialarbeit. In: LÖCHERBACH, PETER / KLUG, WOLFGANG / REMMEL-FAßBENDER, RUTH / WENDT, WOLF RAINER (Hrsg.): Case Management. Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit. 3. Aufl. München: Reinhardt (Soziale Arbeit). 40-66.

KRAUS, BJÖRN 2003: „Instruktive Macht" vs. „Destruktive Macht". ein neuer Lösungsweg im Streit um die Machtmetapher. (Das gepfefferte Ferkel, September 2003). Online verfügbar unter http://www.ibs-networld.de/altesferkel/juli-2003-kraus-macht.shtml, zuletzt geprüft am 21.04.2008.

KRAUS, BJÖRN 2007: Soziale Arbeit – Macht – Hilfe und Kontrolle. Die Entwicklung und Anwendung eines systemisch-konstruktivistischen Machtmodells. In: KRAUS, BJÖRN / KRIEGER, WOLFGANG (Hrsg.): Macht in der Sozialen Arbeit. Interaktionsverhältnisse zwischen Kontrolle, Partizipation und Freisetzung. Lage: Jacobs. 79-102.

KRÖLLS, ALBERT 2002: Die Sozialraumbudgetierung aus jugendhilfepolitischer und jugendhilferechtlicher Sicht. Ein rechtswidriges Sparprogramm mit fragwürdigem jugendhilfepolitischen Nutzen. In: MERTEN, ROLAND (Hrsg.): Sozialraumorientierung. Zwischen fachlicher Innovation und rechtlicher Machbarkeit. Weinheim: Juventa-Verl. (Juventa-Paperback). 183-201.

LÖCHERBACH, PETER 2007: Leitprinzipien der Vielfalt ja – Beliebigkeit nein. In: Case Management, Jg. 4, H. 1. 20-25.

LÖCHERBACH, PETER / KLUG, WOLFGANG / REMMEL-FAßBENDER, RUTH ET AL. (Hrsg.) 2005: Case Management. Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit. 3. Aufl. München: Reinhardt (Soziale Arbeit).

LUHMANN, NIKLAS 1973: Formen des Helfens im Wandel gesellschaftlicher Bedingungen. In: OTTO, HANS-UWE / SCHNEIDER, SIEGFRIED (Hrsg.): Gesellschaftliche Perspektiven der Sozialarbeit. 2 Bände. Neuwied: Luchterhand (1). 21-43.

LUHMANN, NIKLAS 1987: Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie. 1. Aufl., [Nachdr.]. Frankfurt am Main: Suhrkamp (Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft, 666).

LUKAS, HELMUT 2006: Jugendhilfeplanung. Entwicklungsstand und Perspektiven. In: Soziale Arbeit, Jg. 55, H. 6. 221-227.

MENNEMANN, HUGO 2005: Case Management – vernetztes Arbeiten in der gesetzlichen Betreuung. In: Case Management, Jg. 1, H. 1. 20-24.

MENNEMANN, HUGO 2006: Case Management auf der Systemebene – Aufbau von Netzwerken. In: Case Management, Jg. 2, H. 1. 12-17.

MERTEN, ROLAND 2002: Sozialraumorientierung im Widerstreit zwischen fachlicher Innovation und rechtlicher Machbarkeit. In: MERTEN, ROLAND (Hrsg.): Sozialraumorientierung. Zwischen fachlicher Innovation und rechtlicher Machbarkeit. Weinheim: Juventa-Verl. (Juventa-Paperback). 9-17.

MERTEN, ROLAND 2005: Soziale Arbeit aus einer (erweiterten) Perspektive der Systemtheorie Niklas Luhmanns. In: HOLLSTEIN-BRINKMANN, HEINO / STAUB-BERNASCONI, SILVIA (Hrsg.): Systemtheorien im Vergleich. Was leisten Systemtheorien für die soziale Arbeit? Versuch eines Dialogs. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss. 35-62.

NEUFFER, MANFRED 2005: Case Management. Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien. Weinheim: Juventa-Verl.

NEUFFER, MANFRED 2006a: Case Management am Scheideweg. In: Standpunkt: Sozial, Jg. 14, H. 2. 5-11.

NEUFFER, MANFRED 2006b: Case Management in der Sozialen Arbeit. In: WENDT, WOLF RAINER / LÖCHERBACH, PETER (Hrsg.): Case Management in der Entwicklung. Stand und Perspektiven in der Praxis. Heidelberg: Economica (Gesundheitswesen in der Praxis). 43-53.

NEUFFER, MANFRED 2006c: Das zweite Standbein von Case Management. Systemsteuerung und Netzwerkarbeit. In: Standpunkt: Sozial, Jg. 14, H. 2. 52-57.

PLOIL, ELEONORE OJA 2008: Theorien Sozialer Arbeit und die Machtfrage. Online verfügbar unter http://web-1k.rz.fh-wiesbaden.de/pfiles/11/13922/theorien-sozialer-arbeit-machtfrage.pdf.

PODESWIK, ANDREAS / DRÄGER, SIGRID / MAYER, JULIKA / NAGEL, ECKHARD 2005: Case Management als Versorgungskonzept für Kinder und Jugendliche mit Diabetes. In: Case Management, Jg. 1, H. 2. 77-82.

PORZ, FRIEDRICH / PODESWIK, ANDREAS 2006: Case Management in der Kinder- und Jugendmedizin. Nachsorgeeinrichtungen für schwer und chronisch kranke Kinder und Jugendliche am Beispiel des Bunten Kreises Augsburg. In: BRINKMANN, VOLKER (Hrsg.): Case Management. Organisationsentwicklung und Change Management in Gesundheits- und Sozialunternehmen. Wiesbaden: Gabler. 119-135.

REIS, CLAUS / SCHULZE-BÖING, MATTHIAS 1998: Einleitung: Neue Steuerungsmodelle für die Planung und Produktion sozialer Dienstleistungen. Folgerungen aus einem produktiven Mißverständnis. In: REIS, CLAUS / SCHWABE, MATHIAS (Hrsg.): Planung und Produktion sozialer Dienstleistungen. Die Herausforderung „neuer Steuerungsmodelle“. Berlin: edition sigma. 9-31.

REIS, CLAUS ET AL. 2007: Zwischenbericht Mai 2007. Evaluation der Experimentierklausel nach § 6c SGB II. Untersuchungsfeld 2: Implementations- und Governanceanalyse. Fachhochschule Frankfurt am Main. Frankfurt am Main.

REMMEL-FAßBENDER, RUTH 2005: Case Management als Methodenkonzept der Sozialen Arbeit. Erfahrungen und Perspektiven. In: LÖCHERBACH, PETER / KLUG, WOLFGANG / REMMEL-FAßBENDER, RUTH / WENDT, WOLF RAINER (Hrsg.): Case Management. Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit. 3. Aufl. München: Reinhardt (Soziale Arbeit). 67-86.

REXILIUS, GÜNTER 1997: Biologische Erkenntnistheorie und neue Weltordnung. Thesen zu Der Baum der Erkenntnis von Maturana & Varela. In: HÖRMANN, GEORG (Hrsg.): Im System gefangen – zur Kritik systemischer Konzepte in den Sozialwissenschaften. 2. Aufl. Eschborn bei Frankfurt am Main: Klotz. 25-41.

RHUE, MORTON / NOACK, HANS-GEORG 1997: Die Welle. Bericht über einen Unterrichtsversuch, der zu weit ging. Ravensburg: Ravensburger Buchverl. (Ravensburger Taschenbuch Reality, 58008).

RIBBERT-ELIAS, JÜRGEN 2006: Case Management im Krankenhaus: Voraussetzungen – Anforderungen – Implementierung. In: WENDT, WOLF RAINER / LÖCHERBACH, PETER (Hrsg.): Case Management in der Entwicklung. Stand und Perspektiven in der Praxis. Heidelberg: Economica (Gesundheitswesen in der Praxis). 135-154.

SCHÄFER, GEORG 2002: Realisierung der Sozialraumorientierung: Praktische Perspektiven. Beispiel der Stadt Celle/Bundesmodell INTREGRA/Projektverlauf und Veränderungen in der Praxis. In: MERTEN, ROLAND (Hrsg.): Sozialraumorientierung. Zwischen fachlicher Innovation und rechtlicher Machbarkeit. Weinheim: Juventa-Verl. (Juventa-Paperback). 69-87.

SCHERR, ALBERT 2001: Soziale Arbeit als organisierte Hilfe in der funktional differenzierten Gesellschaft. Online verfügbar unter http://www.ibs-networld.de/altesferkel/scherr-soziale-arbeit.shtml, zuletzt geprüft am 03.04.2008.

SCHOPF, PETER 2005: Case Management im Berufsbildungswerk für Jugendliche. In: Case Management, Jg. 1, H. 2. 101-106.

SCHWAIBERGER, MARIA 2005: Case Management im Krankenhaus. Die Einführung von Case Management im Krankenhaus unter den geltenden rechtlichen Bestimmungen für stationäre Krankenhausbehandlung. 2. Aufl. Melsungen: Bibliomed Med. Verl.-Ges.

SIGRIST, CHRISTIAN 1997: Das gesellschaftliche Milieu der Luhmannschen Theorie. Paradigmawechsel in der soziologischen Systemtheorie. In: HÖRMANN, GEORG (Hrsg.): Im System gefangen – zur Kritik systemischer Konzepte in den Sozialwissenschaften. 2. Aufl. Eschborn bei Frankfurt am Main: Klotz. 71-93.

STAUB-BERNASCONI, SILVIA 1991: Stellen Sie sich vor: Markt, Ökologie und Management wären Konzepte einer Theorie und Wissenschaft Sozialer Arbeit. In: LEWKOWICZ, MARINA (Hrsg.): Neues Denken in der sozialen Arbeit. Mehr Ökologie – mehr Markt – mehr Management. Freiburg im Breisgau: Lambertus. 12-46.

STAUB-BERNASCONI, SILVIA 2000: Machtblindheit und Machtvollkommenheit Luhmannscher Theorie. In: MERTEN, ROLAND (Hrsg.): Systemtheorie sozialer Arbeit. Neue Ansätze und veränderte Perspektiven. Opladen: Leske + Budrich (Lehrtexte Erziehung). 225-242.

STAUB-BERNASCONI, SILVIA 2005: Die Fast-Food-Variante der Sozialen Arbeit. In: Zebratl, Jg. 7, H. 5. 4-6.

STIEFEL, MARIE-LUISE 2002: Reform der Erziehungshilffen in Stuttgart. In: MERTEN, ROLAND (Hrsg.): Sozialraumorientierung. Zwischen fachlicher Innovation und rechtlicher Machbarkeit. Weinheim: Juventa-Verl. (Juventa-Paperback). 55-67.

TOEPLER, EDWIN 2007: Case Management in der Unfallversicherung. In: Case Management, Jg. 4, H. 2. 77-81.

TOPHOVEN, CHRISTINA 2000: Case Management in ärztlichen Praxisnetzen als Zukunftsoption. In: EWERS, MICHAEL; SCHAEFFER, DORIS (Hrsg.): Case Management in Theorie und Praxis. Bern: Huber (Hans Huber Programmbereich Pflege). 265-274.

VAN RIET, NORA / WOUTERS, HARRY 2002: Case-Management. Ein Lehr- und Arbeitsbuch über die Organisation und Koordination von Leistungen im Sozial- und Gesundheitswesen. Luzern: Interact Verl. für Soziales und Kulturelles.

WAHLER, STEFFEN / WAHLER, HEIDI 2000: Fallmanagement als innovative Dienstleistung eines Ärztenetzes. In: EWERS, MICHAEL / SCHAEFFER, DORIS (Hrsg.): Case Management in Theorie und Praxis. Bern: Huber (Hans Huber Programmbereich Pflege). 291-306.

WEICHT, WINNIE 2000: Teamorientiertes Case Management als Antwort auf die Versorgungsprobleme von Drogengebrauchern. ein Fallbeispiel. In: EWERS, MICHAEL / SCHAEFFER, DORIS (Hrsg.): Case Management in Theorie und Praxis. Bern: Huber (Hans Huber Programmbereich Pflege). 307-326.

WENDT, WOLF RAINER 1991: Unterstützung fallweise. Case Management in der Sozialarbeit. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verl.

WENDT, WOLF RAINER 2001: Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. 3. Aufl. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verl.

WENDT, WOLF RAINER 2005a: Case Management. Stand und Positionen in der Bundesrepublik. In: LÖCHERBACH, PETER / KLUG, WOLFGANG / REMMEL-FAßBENDER, RUTH / WENDT, WOLF RAINER (Hrsg.): Case Management. Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit. 3. Aufl. München: Reinhardt (Soziale Arbeit). 14-39.

WENDT, WOLF RAINER 2006a: Ökonomie im Case Management: Allokation auf den Ebenen der Versorgung und fallweise Transaktion. In: Case Management, Jg. 2, H. 2. 69-75.

WENDT, WOLF RAINER 2006b: State of the art: Das entwickelte Case Management. In: WENDT, WOLF RAINER / LÖCHERBACH, PETER (Hrsg.): Case Management in der Entwicklung. Stand und Perspektiven in der Praxis. Heidelberg: Economica (Gesundheitswesen in der Praxis). 1-42.

WENDT, WOLF RAINER 2007b: Fachlichkeit weiterdenken. In: Case Management, Jg. 4, H. 2. 87.

WENDT, WOLF RAINER / LÖCHERBACH, PETER (Hrsg.) 2006: Case Management in der Entwicklung. Stand und Perspektiven in der Praxis. Heidelberg: Economica (Gesundheitswesen in der Praxis).

WILLKE, HELMUT 2001: Systemtheorie III: Steuerungstheorie. Grundzüge einer Theorie der Steuerung komplexer Sozialsysteme. 3., bearb. Aufl. Stuttgart: Lucius & Lucius (UTB, 1840).

WILLKE, HELMUT 2005: Systemtheorie II: Interventionstheorie. Grundzüge einer Theorie der Intervention in komplexe Systeme. 4., bearb. Aufl. Stuttgart: Lucius & Lucius (UTB, 1800).

WISSERT, MICHAEL 2006: Clinical Pathways – Entlassungsmanagement – Unterstützungsmanagement. Begriffsklärung und Systematisierung ausgewählter Case Management-Strategien. In: Case Management, Jg. 2, H. 1. 35-38.

ZANDER, KAREN 2000: Case Management, klinische Pfade und CareMaps®. Stand der Entwicklung und Diskussion in den USA. In: EWERS, MICHAEL / SCHAEFFER, DORIS (Hrsg.): Case Management in Theorie und Praxis. Bern: Huber (Hans Huber Programmbereich Pflege). 91-115.

Autor

Dr. Reinald Faß ist Diplom-Pädagoge und Case Manager Ausbilder (DGCC). Er hat mehrere Ausbildungsgänge zum zertifizierten Case Manager (DGCC) mit Schwerpunkt im Bereich der beruflichen Integration als Leiter Personalentwicklung eines großen Bildungsträgers geleitet. Nach seiner Promotion über Systemsteuerung im Case Management hat er die Verantwortung für die Behörde zur Grundsicherung für Arbeitssuchende eines Landkreises in Brandenburg übernommen. Er ist Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) und der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGS).
Email: ReinaldFass@web.de

Michael Buestrich / Frank-Peter Finke-Oltmann / Norbert Wohlfahrt

4 Case Management als Baustein der sozialinvestiven Reorganisation des Systems sozialer Dienste und Einrichtungen

4.1 Ausgangspunkt: die sozialstaatliche Kritik am bisherigen System sozialer Dienstleistungserstellung

Betrachtet man die Entwicklung der europäischen Wohlfahrtsstaaten, dann lassen sich Konturen eines neuen Leitbilds ihrer „Modernisierung“ erkennen. In Europa hat sich unter sozialdemokratischer Federführung eine „Politik des Dritten Weges“ (Giddens 1997) zur Reform des Wohlfahrtsstaates herausgebildet, in deren Rahmen zwecks Effizienzsteigerung auf der Makro-, der Meso- und der Mikroebene in Staat und Gesellschaft Markt- und Wettbewerbselemente eingebaut werden. Der „Um- bzw. Rückbau“ des Sozialstaats findet unter der Losung statt, dass in Zeiten der Globalisierung bzw. Europäisierung der Sozialstaat zwar auch weiterhin zur Sicherung des gesellschaftlichen Zusammenhalts nötig ist, seine Leistungstiefe und damit auch die Art und Weise sowie der Umfang seiner Finanzierung aber neu organisiert werden müssen, um im weltweiten Wettbewerb mit anderen Wirtschaftsstandorten bestehen zu können.

Unter Globalisierungsbedingungen wird der Sozialstaat damit heute vornehmlich hinsichtlich seines Beitrages zur Steigerung nationaler Wettbewerbsfähigkeit beurteilt: Nur was der Förderung der Weltmarkttauglichkeit dient, erscheint noch (sozial) gerechtfertigt und alle aus Sicht der Weltmarktfähigkeit nicht produktiven Ausgaben sind folglich zu reduzieren. Damit steht die klassische Transfersozialpolitik insgesamt unter dem Verdacht „unproduktiver Kosten“, weshalb der Sozialstaat „produktivistisch umgebaut“ werde müsse (vgl. zur Programmatik dieses Umbaus und seiner Folgen für die soziale Arbeit Dahme / Wohlfahrt 2005).

Die auf dieser Analyse basierende neue Sozialpolitik der „Aktivierung“ und der „Sozialinvestition“ fördert zugleich unter dem Diktum einer verbesserten Nutzung der „Humanressourcen“ die gegenüberstellende Betrachtung von produktiven und unproduktiven Teilen der Bevölkerung und führt dazu, dass die Gewährung sozialstaatlicher Leistungen primär unter dem Gesichtspunkt der internationalen Kostenkonkurrenz (Standort- und Lohnvergleich) betrachtet wird.

Aktivierende und investive Sozialpolitik bemessen sich folglich am Kriterium dessen, inwiefern durch sie Nutzen-, d. h. Kostenvorteile in diesem Konkurrenzkampf realisiert werden können. Im Zentrum steht immer weniger die über Sozialversicherungspflicht und sozialstaatliche Umverteilung organisierte Absicherung des ständigen und in Zeiten der Massenarbeitslosigkeit besonders ausgeprägten Arbeitnehmerrisikos, zeitweise oder dauerhaft ohne selbstständiges Erwerbseinkommen zu sein. Vielmehr wird der vermutete Erfolg der Förderung von persönlicher Erwerbsfähigkeit („employability“) und Produktivität als individuellem Mittel der Bewährung in der Arbeitsmarktkonkurrenz zum Kriterium der Gewährung sozialstaatlicher Unterstützungsleistungen erhoben. Sozialpolitik zielt so auf die unbedingte Förderung von Erwerbstätigkeit und zugleich auf Vermeidung von Sozialleistungsbezug, d. h. auf Verringerung des Aufwandes für Sozialpolitik im traditionellen Sinne, ab (vgl. Nullmeier 2004a, 55f. und Nullmeier 2004b)[1].

Dieser Veränderung liegt eine Modifizierung der klassischen „Umverteilungspolitik“ zugrunde, die allerdings auch in früheren Zeiten nie einen anderen als den wirtschaftsfreundlichen Zweck der Schaffung und des Unterhalts einer für den Standort tauglichen personalen Infrastruktur besaß. In diesem Rahmen kümmerte sich der Sozialstaat um die Brauchbarkeit seiner auf sozialversicherungspflichtige Erwerbstätigkeit angewiesenen Bürger, einschließlich der sozialpädagogischen Unterstützung, die denjenigen gewährt wurde, die wegen unterschiedlichster Gründe aus der Lohnarbeitsgesellschaft herausgefallen waren oder herauszufallen drohten. Für alle galt, dass sie unabhängig von ihrem persönlichen Scheitern als zumindest potenziell nützliche Gesellschaftsmitglieder fungieren können sollten. Diese sozialintegrative Sozialpolitik wird vom Standpunkt desselben Zwecks, der seiner Etablierung und seinem Ausbau Pate stand, aktuell für einen nicht mehr bezahlbaren Luxus und in der selbstkritischen ex-post-Betrachtung für einen fehlerhaften, also zu revidierenden Akt der (wirtschaftlichen) Verschwendung gehalten. Nicht weil sich der Maßstab geändert hätte, sondern weil die Sicherung der Nützlichkeit der auf Erwerbsarbeit angewiesenen Bevölkerungsteile die Streichung von Sozialleistungen auf Seiten derjenigen notwendig mit einschließt, die für eine Teilnahme am marktwirtschaftlichen Erwerbsleben von vorneherein nicht oder nicht mehr in Betracht kommen. Angesichts von Massen- und Dauerarbeitslosigkeit, also der faktisch erwiesenen (ökonomischen) Überflüssigkeit beträchtlicher Teile der Erwerbsbevölkerung, erscheint die Aufrechterhaltung des bisherigen sozialstaatlichen Leistungsniveaus damit schlicht als kontraproduktive Fehlinvestition (Krölls 2000, 64f.).

---

[1] Auch der neue „Staatsinterventionismus“ im Zeichen der aktuellen Wirtschafts- und Finanzkrise ändert daran im Kern nichts. Er dient programmatisch und deshalb zugleich temporär befristet dazu, genau die Verhältnisse durch eine Rückkehr zum „status quo ante“ wieder zu stabilisieren, die diese Krise erst mit verursacht haben. Von einem grundlegenden Wandel oder gar einer Rücknahme der als „neoliberal“ kritisierten Programmatiken und Inhalte über das aktuelle Krisenmanagement hinaus ist –jedenfalls bisher – von politischer Seite nichts zu vernehmen.

4.2 Das Interesse der Sozialpolitik am „Sozialmanagement“

Eine Folge der veränderten sozialstaatlichen Sichtweise ist der Tatbestand, dass sich neuerdings die Sozialpolitik für methodische Fragen der sozialen Arbeit in auffallender Weise zu interessieren beginnt und sich ihrer bemächtigt (Neumann 2003, 30). Werner Schönig spricht in diesem Zusammenhang von einem „grundlegenden Wandel im Verhältnis von Sozialpolitik und Sozialer Arbeit“ und warnt vor der Gefahr, dass in Folge dieses Diskurses die Professionellen der Sozialen Arbeit auf eine bestimmte Handlungslogik fixiert werden (Schönig 2004). Ohne Zweifel rückt die aktuelle Sozialpolitik – nicht nur mit dem Thema des Case Managements – die Soziale Arbeit wieder in den Mittelpunkt sozialpolitischer Überlegungen und verändert damit die Fachlichkeit der Profession, die in ihrem Handeln in hohem Maße auf sozialpolitische (sozialrechtliche) Vorschriften verwiesen ist bzw. von diesen bestimmt wird.

Eine Erklärung für diese Entwicklung lässt sich aus den zunehmend Akzeptanz findenden Konzepten eines aktivierenden und investiven Sozialstaats ableiten (Trube / Wohlfahrt 2001a und 2001b), die das Ziel propagieren, den Wohlfahrtsstaat durch die Aktivierung von mehr Selbstverantwortung und Eigenvorsorge wie durch nachhaltige Sozialinvestitionen zu reformieren. Erklärtes Ziel der aktivierenden und sozialinvestiven Modernisierungsstrategien ist die stärkere Verzahnung der beiden zentralen wohlfahrtsstaatlichen Teilsysteme. Der „Sozialversicherungsstaat“ (das System der Sozialtransfers) und das System der sozialen Dienste sollen enger aufeinander abgestimmt werden und zukünftig (noch) stärker integrativ operieren.

Diese Verzahnung hat Konsequenzen für beide sozialstaatlichen Hilfesysteme, die bislang relativ selbstständig nebeneinander existierten und unterschiedlichen Handlungslogiken folgten, die am Unterschied von einzelfallbezogener Bedarfsgerechtigkeit und bürokratisch-administrativer Regelhaftigkeit festgemacht wurden. Die sozialen Professionen sollen im neuen Sozialstaat nun ihren Beitrag dazu leisten, die Leistungs- und Hilfeempfänger zu einem sozialstaatlich korrekten – und das heißt zuallererst: ressourcenschonenden – Verhalten der Inanspruchnahme von Leistungen zu bewegen und sich darüber hinaus die primär beschäftigungspolitischen Ziele der Modernisierungsagenda zu eigen zu machen (Prinzip der „präventiven Inklusion“ durch den Erhalt und den Ausbau der individuellen Beschäftigungsfähigkeit im Rahmen der Verpflichtung zur Arbeitsaufnahme, der Weiterbildung etc.). Folglich gewinnt die „Budgetregie“ entscheidende Bedeutung in der Praxis des Fallmanagements:

> *„Fallmanagement ist letztlich nicht denkbar, ohne dass der Fallmanager über ökonomische Ressourcen verfügt oder diese im Sinne eines Auftraggebers verbindlich zusagen bzw. akquirieren kann. Die Budgetverantwortung ist ein zentrales Kriterium für die Dienstleistung, ohne die Fallmanagement nicht praktiziert werden kann. […] Ökonomische Ressourcen werden somit zu einem zentralen Kennzeichen der Fallbetreuung, mit dem Leistungssteuerung erst möglich wird […] Fallmanagement geht immer einher mit einer im Regelfall sicherlich begrenzten Verfügbarkeit finanzieller Ressourcen (Budget), die der Fallmanager zur Zielverwirklichung einsetzen kann.“ (Göckler 2006, 31).*

Zugleich werden die organisatorischen Rahmenbedingungen der Dienstleistungserbringung einer grundlegenden Reform unterzogen. Fallmanagement und Vernetzung sozialer Dienste er-

weisen sich als parallele Wege, um die Effizienz der Organisationen des Sozialsektors zu erhöhen und überkommene Strukturen der Leistungserstellung im Non-Profit-Sektor durch neue Steuerungsformen und -techniken zu ersetzen:

> *„Die Systematik der Herangehensweise verspricht einen rationaleren Einsatz von Mitteln und Leistungen, und genau darauf begründen sich viele im Diskurs deutlich werdende Vorschusslorbeeren. Es entsteht der Eindruck, es handle sich beim Case/Care Management um ein geradezu wundersames Instrument der Sozialpolitik, um eine Art Aladins Wunderlampe, deren Geist jedem, der daran reibt, Wünsche zu erfüllen scheint: Die soziale Arbeit wird effektiv, effizient, berechenbar, transparent, professionalisiert, kundenorientiert etc. [...] Ein näherer Blick auf den gesellschaftlichen Kontext in dem das Case Management etabliert wurde, lässt den neoliberalen Hintergrund des Konzeptes erkennbar werden." (Hansen 2005, 112 f.).*

Folglich ist es auch nicht verwunderlich, wenn „der ‚Import' des Handlungskonzeptes CM in die deutsche Soziale Arbeit bereits unter dem Imperativ des Kostendrucks und den Forderungen nach rationeller Leistungserbringung, Zielgenauigkeit und Nachweisen von Wirksamkeit [erfolgte]." (Michel-Schwartze 2008, 68). Die Fortschritte dieser Transformation der organisationalen Ordnung im Sozialsektor soll im Folgenden nachgezeichnet werden.

4.3 Fallmanagement und Vernetzung: zur staatlich initiierten Organisationsentwicklung im sozialen Dienstleistungssektor

In Deutschland ist die Modernisierung der Organisation sozialer Dienste in erster Linie ein Ergebnis der in den 80er Jahren begonnenen Verwaltungsmodernisierung unter dem Leitbild des „New Public Management" (NPM). Das NPM schwächt die professionelle Selbststeuerung und professionelle Kontrolle, weil professionelle Autonomie als Schranke eines effektiven Kostenmanagements betrachtet und zugleich als Hindernis für organisatorische Transparenz und Verantwortlichkeit wahrgenommen wird („dilettantistischer Funktionalismus").

Blickt man auf den Verlauf und die Ergebnisse der Verwaltungs- und Organisationsmodernisierung in Deutschland, so lassen sich folgende Trends nachweisen:

- Der Verwaltungsmodernisierung im Sinne des NPM geht es vor allem darum, die Dominanz des klassischen bürokratischen Steuerungsmodells (Max Weber) mit seiner hierarchischen Aufbaustruktur (Dienstwegprinzip und Einzelunterstellung) sowie den ihnen entsprechenden regel- und verfahrensorientierten Ablaufprozessen zu verändern, um es auf diese Weise „flexibler", innovativer" und vor allem „effizienzorientierter" zu gestalten. NPM stellt dabei kein geschlossenes Reformprojekt dar, lässt sich jedoch grob mit Maßnahmen wie der Deregulierung, Privatisierung, Auslagerung und Verselbstständigung von Verwaltungsaufgaben (Dezentralisierungsprozessen), Geschäftsprozessoptimierung, der Einführung von Markt- und Wettbewerbselementen sowie der Kundenorientierung in das Organisationshandeln in Verbindung bringen (vgl. Kühn 1999 und Bieker 2004). Die Neu-

justierung des Organisationshandelns wie der Verwaltungsorganisation soll dabei durch die Einführung privatwirtschaftlicher Managementmethoden, marktorientierter Konzepte sowie betriebswirtschaftlicher Steuerungsinstrumente (Zielvereinbarungen und Ergebnissteuerung, Kostenrechnung, finanzwirtschaftliche Kosten-Nutzen-Analysen, Monitoring- und Evaluationstechniken) unterstützt und befördert werden sind (vgl. Blanke et al. 2005).

- In der Außenwirkung gegenüber den sozialen Dienstleistern ist dieser Prozess als „BWL-isierung sozialer Arbeit" (Buestrich / Wohlfahrt 2008 und Buestrich et al. 2008) bzw. öffentlicher Dienstleistungsorganisationen beschrieben worden, mit dem zugleich eine „neue, bisher unbekannte Unternehmenskultur" im öffentlichen Sektor etabliert wird. Die sich in Folge dieser Entwicklung herausbildenden neuen Dienstleistungsparadigmen basieren wesentlich auf Wirtschaftlichkeitsgeboten, auf marktförmigen Kundenbindungen, einer verstärkten Technisierung von Arbeitsroutinen (EDV-Einsatz und erweiterte Dokumentationspflichten) und einem managerialistischen Konzept der Organisationsgestaltung und Organisationsführung.
- Die Übertragung betriebswirtschaftlicher Verfahren auf einen Sektor, der wesentlich von den sozialstaatlichen Transfers abhängig ist, suggeriert, dass mit einer Steigerung der „Produktivität" der Leistungserbringung und effizienteren Prozessabläufen Überschüsse erzielt werden können, die einen weiteren Abbau der staatlichen Zuwendungen möglich machen. In den verschiedenen Sektoren des sozialen Dienstleistungssektors sind deshalb in den vergangenen Jahren sozialrechtliche und finanzierungstechnische Änderungen vorgenommen worden. Diese sehen zum einen eine Orientierung auf mehr Wettbewerb vor, um durch die Schaffung von Quasi-Märkten Effizienzsteigerungen herbeizuführen. Zum anderen wird durch Fusionen und Kooperationen auf die Entwicklung organisationaler Netzwerke hingearbeitet, die Ressourcen bündeln, Kosten einsparen und schließlich auch die organisatorischen Eigeninteressen bei der Leistungserbringung einschränken sollen. In Folge dessen denken Verbände über Kooperationen mit anderen nach und planen die Vernetzung mit Konkurrenten; soziale Dienstleistungsanbieter ordnen ihre Geschäftsbereiche neu, enthierarchisieren die Strukturen und entdecken Kooperation und Netzwerkbildung als organisatorische Gestaltungsstrategie (Dahme / Kühnlein / Wohlfahrt 2005).

Diese Maßnahmen – mehr Wettbewerb und der Zwang zur Kooperation – führen über die Ablösung des traditionellen, auf sozialstaatliche Partnerschaft ausgerichteten Subsidiaritätsprinzips zu einer neuen Ordnungsstruktur im Sozialsektor, die es erforderlich macht, dass unter der Bedingung immer knapper werdender Ressourcen die Angebote des Versorgungssystems fallbezogen, d. h. bezogen auf individuelle Bedarfslagen, optimal genutzt werden (können). Die Aufwertung des Fallmanagements ergibt sich somit als sozialpolitische Konsequenz aus der staatlich implementierten Sparpolitik im sozialen Sektor auf der einen Seite und des gleichzeitig verfolgten Anspruchs auf die Effektivierung der Sozial- und Gesundheitssysteme auf der anderen Seite.

Im Folgenden soll resümiert werden, wie sich diese Umstellung auf Wettbewerb und Kooperation in einzelnen Sektoren des sozialen Dienstleistungssektors ausgestaltet hat? Beispielhaft skizzieren wir dabei die Veränderungen im Gesundheitswesen und in der Arbeitsmarktpolitik.

4.4 Beispiel Gesundheitswesen

Im *Gesundheitswesen* ist seit geraumer Zeit ein Wandel im Selbstverständnis und der Art staatlichen Handelns erkennbar. Im bestehenden Gesundheitssystem finden sich staatliche (z. B. kassenärztliche Bedarfsplanung und Krankenhausplanung), marktliche (z. B. Selbstbeteiligung und Freiberuflichkeit) und verhandlungsbezogene Steuerungsinstrumente. Vor dem Hintergrund steigender Ausgaben und der aus staatlicher Sicht vorrangigen Politik der Senkung der Lohnnebenkosten werden deshalb insbesondere die kaum vorhandene Integration der für die Leistungserstellung verantwortlichen Träger und Einrichtungen als Defizit hervorgehoben. Die Verbesserung der Effektivität und Effizienz im Gesundheitswesen ist ein dauerhaft an der Spitze der Agenda der politisch Verantwortlichen stehendes Thema, wobei die starke Spezialisierung und Ausdifferenzierung der Einrichtungen und Akteure im Gesundheitswesen immer wieder als Schwachstelle einer koordinierten und integrierten gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung hervorgehoben wird.

Mit gesetzlichen Anforderungen zur Umsetzung von externen und internen Qualitätssicherungsverfahren wurde Mitte der 90er-Jahre eine Welle der Vernetzung und Kooperation im Gesundheitswesen angestoßen. Diese äußert sich in Zusammenschlüssen der Leistungsanbieter zu sog. Praxisnetzen, die inzwischen als Vorstufe einer integrierten ortsnahen Versorgung in der Zusammenarbeit mit stationären Leistungserbringern angesehen werden. Die Optimierung von Behandlungsverläufen und die Entwicklung ganzheitlicher Ansätze zur Gesamtverbesserung der gesundheitlichen Versorgung einzelner Patienten begleiten den Versuch, Wirtschaftlichkeit und Versorgungsqualität durch Kooperation der Leistungserbringer zu erhöhen.

Zugleich werden durch staatliche Initiative Strukturen geschaffen, die in einem regional begrenzten Raum die für die gesundheitliche Versorgung zuständigen Akteure zusammenführen sollen und auf diese Art und Weise Planungen ebenso erleichtern sollen wie die Reduzierung von Leistungsdefiziten und die Abstimmung zwischen den für die Planung und Leistungserstellung Verantwortlichen. In der Gesundheitspolitik wird auf die Vernetzung von Anbietern hingewirkt, damit ablaufoptimierte Versorgungsketten entstehen. Es geht u. a. um die Integration ärztlicher und nichtärztlicher ambulanter Dienste, die Zusammenarbeit von Haus- und Fachärzten, die Kooperation von Krankenhäusern, Pflege- und Reha-Einrichtungen. Hiermit sollen Doppeluntersuchungen vermieden, Krankenhausaufenthalte überflüssig gemacht bzw. verkürzt und die Leistungen effektiver werden, damit die Kosten sinken.

Die Entwicklung eines fallbezogenen Managements zwischen den verschiedenen Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung einschließlich der außerhalb des Versorgungssystems aktivierbaren „Ressourcen“ (Familie, Selbsthilfe) wird damit zu einer Kernaufgabe der Anbieter im Gesundheitssystem.

4.5 Beispiel Arbeitsförderung

Zu einer besonderen Herausforderung an die Organisationsentwicklung im sozialen Dienstleistungssektor führten die mit der sogenannten „Hartz-Gesetzgebung" verbundenen Veränderungen in der *Arbeitsförderung* (Buestrich / Wohlfahrt 2005). Im SGB II wird mit starkem Bezug zur Maxime des „Forderns und Förderns" das aktivierende Fallmanagement konzeptionell neu fundiert. Gab es bislang in den Bestimmungen der Sozialgesetzbücher noch allgemeine, sozialethisch begründete Leitformeln, wie z.B. im § 1, Abs. 2 BSHG die „Führung eines Lebens, ... das der Würde des Menschen entspricht" oder im § 1, Abs. 2, Punkt 4 SGB III das Ziel „unterwertiger Beschäftigung entgegenzuwirken", so werden nun Regelungen der Zumutbarkeit in den Vordergrund gerückt. In der Gesetzesbegründung zu § 10 SGB II, der die Zumutbarkeit regelt, heißt es ausdrücklich:

> *„Die Anforderungen an den Erwerbsfähigen sind schärfer als diejenigen bei dem Versicherungssystem des Dritten Buches. Grundsätzlich ist dem Erwerbsfähigen jede Erwerbsarbeit zumutbar, weil er verpflichtet ist, die Belastung der Allgemeinheit durch seine Hilfebedürftigkeit zu minimieren. Grundsätzlich müssen die persönlichen Interessen zurückstehen" (BT-Drs. 15/1516 vom 05.09.2003, 53).*

Das Fallmanagement ist konsequent nach dem Grundsatz aktivierender Sozialstaatlichkeit konstruiert (Göckler 2006). Die Handlungsanleitungen des MWA-NRW für die Agenturen definieren Fallmanagement als „ein Handlungsprogramm im Geschäftssystem des Kundenzentrums und der ARGE". Im Fallmanagement werden schwere persönliche und soziale Probleme bearbeitet, die einer Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt entgegenstehen. Ziel des Fallmanagements ist es, die fallangemessene Unterstützung der sozialen und arbeitsmarktlichen Integration in Abstimmung mit den Kunden zu erarbeiten und zu organisieren; die Kunden zu notwendigen Eigenaktivitäten und -bemühungen in diesem Kontext zu befähigen (Fördern); entsprechende Eingliederungsvereinbarungen abzuschließen; Eigenaktivitäten einzufordern und die Eingliederungsschritte und -erfolge systematisch zu überwachen (Fordern)" (MWA NRW 2004, 31). Der Förderung durch Eingliederungsleistungen und Anreize stehen Leistungskürzungen bei Ablehnung zumutbarer Erwerbstätigkeit gegenüber. Beides, d. h. eine möglichst schnelle Vermittlung von Arbeitslosen und die Identifizierung von Verweigerern, wird unter dem Begriff „Bestandsdynamisierung" zusammengefasst. Otto / Ziegler resümieren vor diesem Hintergrund:

> *„Zunächst finden sich inzwischen eine ganze Reihe neuentwickelter und wieder entdeckter Diagnose-, Profiling-, Assessment- und Interventionstechniken, deren Gemeinsamkeit vor allem darin zu liegen scheint, von den „wohlfahrtsexpertokratischen" „Pathologisierung" und „Entmündigung" von Klienten im „Versorgungsmodell" des keynesianischen Sozialstaates Abstand zu nehmen und stattdessen eine Art neuen Rechte- und Pflichtenkatalog „selbstverantwortlicher Kunden" zu etablieren, der diesen notwendige Informationen und Hinweise gibt, um sie zu ermutigen, mit ihren nun als eigene, individuelle Risiken dechiffrierten Problemlagen „verantwortungsvoll" – d. h. risikominimierend und kostenreduzierend – umzugehen." (Otto / Ziegler 2004, 126).*

Die in der Logik proaktiver Sozialer Arbeit stattfindende Interaktion zwischen Nutzer und Dienstleitungsanbieter ist dabei hochgradig asymmetrisch, da der Dienstleistungsanbieter (in

einem sozialpolitischen Kontext) nicht nur die letzte Entscheidung darüber trifft, ob Ressourcen zur Verfügung gestellt werden, sondern auch, in welchem Umfang dies geschieht. Im Fallmanagement kommt deshalb den Verfahren des Assessments und ihren fallbezogenen Bewertungen („Eignungsfeststellung") eine besondere Rolle zu. Die für eine Bestimmung der Bedarfslage wesentliche Falldiagnostik stellt dabei nicht nur die entscheidende Variable für darauf bezogene Hilfemaßnahmen dar, sondern determiniert letztlich auch die sich daraus ergebende Kostenstruktur, was den Blick auf das Klientel verändert:

> *„Fallmanagement bedient sich teilweise weniger fall- als managementbezogener Strategien oder konzentriert sich vor dem Hintergrund von Effektivitätspostulaten von vornherein auf eine ausgewählte Zielgruppe, von der erwartet wird, mit den gegebenen Mitteln erfolgreich intervenieren zu können" (Dollinger / Raithel 2005, 86 f.).*

Die Forderung nach Selbstdisziplinierung wird zum konstitutiven, weil aus fiskalischer Sicht erwünschten Bestandteil eines fallbezogenen Managements, das nicht länger durch die Offenheit gegenüber unterschiedlichen Strategien der individuellen Lebensbewältigung gekennzeichnet ist (Michel-Schwartze 2008, 74 f.) und stattdessen die explizite Aufforderung enthält, den Klienten bei Nichtkooperation zu disziplinieren, was fachliche Widersprüche erzeugen muss:

> *„Fallmanagement kann nur dann ein effizientes Interventionsprinzip sein, wenn erst recht die Problem Bezüge der Adressaten einer Lösung zugeführt werden und Unterstützungsoptionen als flexible, problembezogene Leistungsangebote strukturiert werden. Fallmanagement impliziert deshalb die Forderung offener und personenzentrierter Organisationsbezüge. Mit Sanktionsdrohung und schematischer Arbeit verträgt sich dies schlecht. Fallmanagement muss Spannungsverhältnisse zwischen der Management- und pädagogischen Logik reflektieren, thematisieren und nicht prozessfixiert negieren. Hierbei ist erst recht nicht von Kriterien organisatorischer Effizienz und Kostenersparnis, sondern vom faktischen Bedarf problembedrängter Personen auszugehen." (Dollinger / Raithel 2005, 87).*

4.6 Zur Handlungslogik des Fallmanagements in einem durch staatliche Sparpolitik gekennzeichneten Versorgungssystem

Die staatliche Inszenierung einer quasi-marktlichen Ordnungsstruktur in verschiedenen Bereichen des sozialen Dienstleistungssektors führt zur Notwendigkeit der Organisationsentwicklung der in diesem Bereich tätigen Träger und Einrichtungen, die unabdingbar mit der Einführung von Fallmanagementsystemen verbunden ist.

Das Konzept des Fallmanagements beinhaltet eine doppelte Orientierung: zum einen an den Bedürfnissen des Klienten und zum anderen an den Strukturen des Versorgungssystems, wobei diese beiden Orientierungen im Idealfall zu Gunsten der Versorgungsnotwendigkeiten des Einzelfalls integriert werden sollten. Fallmanagement agiert damit kontinuierlich entlang eines zeitlich definierbaren Versorgungsbedarfs und koordiniert Hilfsangebote quer zu bestehenden Grenzen von Ämtern, Diensten und Einrichtungen.

Von zentraler Bedeutung ist der Begriff der Versorgungskontinuität. Orientiert an den Gegebenheiten des Einzelfalls werden dazu geeignete Angebote ausgewählt, vermittelt und verbindlich gesteuert:

> *„In diesen markt- oder marktähnlichen Strukturen hat das Case Management die Aufgabe, effizient wie effektiv Bedarfslagen mit Angeboten in Übereinstimmung zu bringen. Es agiert dabei zugleich in einer Advokatorenrolle den Dienstleistungsnutzern gegenüber, denen im unübersichtlichen Sozial- und Gesundheitswesen ‚eine Stimme' verliehen wird. Diese Doppelfunktion wurde in der Literatur auf prägnanter Weise beschrieben: ‚Case management has become so popular so fast because it adresses the two issues dearest to the hearts of Americans: It promotes freedom, and it saves money'." (Holt 2000, xi; zit. nach Hansen 2005, 20)*

Fallmanagement umfasst damit alle Aktivitäten, durch die das Hilfesystem fallorientiert auf die Erfordernisse des Hilfeprozesses abgestimmt wird. Vertikal müssen zur Optimierung der Einzelfallhilfe potenziell mehrere Elemente (Beratung, Diagnostik, Hilfeplanung, Hilfe- oder Leistungssteuerung) kombiniert werden, um darüber eine Leistungskette zu realisieren. Horizontale Integration meint das Vorhandensein oder die Bereitstellung der jeweils benötigten Hilfen im Einzelfall. Diese kann nur realisiert werden, wenn über die Planung und Koordination eines auf die potenziellen Bedarfsfälle abgestimmten Angebots sichergestellt ist, dass auf geeignete Hilfen zeitnah zurückgegriffen werden kann, diese also auch tatsächlich und dauerhaft zur Verfügung stehen. Die Steuerung im Einzelfall wird also durch eine Angebotssteuerung ergänzt, die mehrere Strukturelemente integriert: Bedarfs- und Bestandsanalysen, Zielentwicklung sowie Planung, Koordination, Controlling und Evaluation (vgl. von Freyberg 2003, 105 f.):

> *„Dort, wo die […] Selbststeuerung allein nicht funktioniert, wird über das Instrumentarium des Case- und Care-Managements weitestgehend auf Eigenverantwortung, Selbstbestimmung, Zielvereinbarungen und Vernetzungen in Leistungssystem gesetzt. Der aktivierenden Sozialstaat zielt damit auf eine Begrenzung der kostspieligen und als wenig effektiv angesehenen Fremdsteuerung." (Schäper 2006, 250).*

Dass es hierbei aber nicht lediglich um ein verbessertes Kostenmanagement sozialwirtschaftlicher Organisationen geht, sondern die Steuerung und Standardisierung der Berufsvollzüge in Angriff genommen wird, lässt sich wiederum mit einem Blick auf das in punkto Ökonomisierung schon weiter fortgeschrittene Gesundheitswesen verdeutlichen. Das dort angestrebte Ziel der Leistungssteuerung ist ein Gesamtsystem der zentral-dezentralen Steuerung der wichtigsten Leistungsparameter und damit der ärztlichen Entscheidungen über die Aufnahme, Behandlung, Verlegung oder Entlassung von Patienten. Ausgangspunkt der Leistungssteuerung ist die Budgetvereinbarung und daraus wiederum vor allem die Vereinbarung über Belegung, Fallzahlen und Abteilungsbudgets (Fallpauschalensystem der DRG (Diagnosis Related Groups)). Um am Jahresende eine „Punktlandung" zu erreichen, werden die angestrebten Leistungszahlen im Rahmen einer sogenannten Leistungsplanung auf die einzelnen Fachabteilungen heruntergebrochen. Die sich daraus ergebenden Leistungsmengen bilden für die Ärzte einen zunehmend wichtiger werdenden Handlungsrahmen.

Dass das Ziel der Kostenkontrolle für sich genommen für professionelles Handeln keinen vernünftigen Bezugspunkt darstellen kann, lässt sich mit Blick auf die Wirkungen, die die neue Leistungssteuerung im Gesundheitswesen erzeugt, leicht erkennen: Der Zwang zur Risikoselektion (z. B. durch die Auswahl von weniger risikobehafteten (komplikationsgefährdeten) Patienten bzw. einer von Kostengesichtspunkten dominierten, eher „konservativen" Behandlung), zur Reduzierung der Leistungsqualität unter Kosten-Erlös-Gesichtspunkten – die viel zitierte frühzeitige, „blutige" Entlassung – wird durch die Implementierung eines fallpauschalierten Abrechnungssystem herausgefordert und zum integralen Bestandteil, zur Basis der ärztlichen Berufspraxis (Buestrich / Finke / Latorre 2005).

Die Übertragung dieses Modells der Leistungssteuerung auf den Bereich der sozialen Arbeit ist mit der Reform der arbeitsmarktpolitischen Instrumente in Folge der Hartz-Gesetzgebung ein gutes Stück vorangekommen. Auch hier werden Instrumente der fallbezogenen Leistungskoordinierung und -steuerung (z. B. im Rahmen der sogenannten Eingliederungsvereinbarung nach § 15 SGB II) eingesetzt und mittels Profiling- und Assessmentverfahren Daten generiert und abgeglichen, die zu passgenauen Integrationsstrategien genutzt werden sollen.

Dabei erweist sich die Herstellung einer „integrierten Versorgung bei Nutzung formeller und informeller Ressourcen", die euphorisch als Ziel der Fallsteuerung angegeben wird, als in hohem Maße abhängig von den politischen und administrativen Rahmenbedingungen, in die das Fallmanagement eingebunden ist. Die Datenerhebung im Rahmen der Controlling-, Benchmarking- und Evaluationsverfahren dient nicht mehr der Ermittlung der sozialpolitischen Wirksamkeit dieser oder jener Handlungslogiken, sondern misst die Effizienz der Verfahren, die im Sinne der Produktlogik als angemessen politisch-administrative Problembearbeitung definiert wurden. Durch die Trennung der sozialpolitischen Ziele und Zwecksetzungen von den in der Alltagspraxis erzeugten Wirkungen sozialer Interventionen kann dann in der Wirkungsmessung durchaus auch anschaulich gemacht werden, welche selektiven Effekte soziale Interventionen auslösen. Dazu ist es nur nötig, das ihnen zugrundeliegende Programm bzw. Gesetz als Teil eines erweiterten Hilfesystems zu begreifen, das eigentlich der sozialpolitischen Zielsetzung folgt, jedermann in den ersten Arbeitsmarkt zu integrieren.

An diesem Beispiel lässt sich die Logik, die zur Aufwertung des Fallmanagements führt, deutlich nachvollziehen: Die sozialpolitischen Veränderungen auf der Makroebene ziehen Veränderungen auf der Mesoebene der Leistungsorganisation durch die sozialen Dienste nach sich und verändern deren Organisationslogik. Damit einher gehen auch auf der Mikroebene, auf der Ebene der konkreten Dienstleistungserbringung in der Klienteninteraktion, gravierende Veränderungen, denn die Arbeit der Professionellen mit den Klienten wird spürbar normiert und einem neuen, dem sozialen Dienstleistungssektor bislang unbekannten Mikromanagement unterworfen, was letztlich zu einem Wandel der Interaktionslogik bzw. Professionslogik führen muss.

Die sozialen Berufe sollen dabei nicht nur wie bislang Klienten betreuen und sozial integrieren, sondern auch einen Beitrag zur Lösung der Funktionsprobleme der Transfer- und Finanzierungssysteme leisten, was nachhaltige Konsequenzen für die Ziele und Standards professionellen Handelns hat. Die damit einhergehende Ersetzung professioneller Selbststeuerung und einzelfallbezogener Expertise durch standardisierte Assessment- und Diagnosebögen, Praxismanuals, Risikotabellen, Ist-Soll-Vergleiche und Benchmarking-Verfahren zielt auf eine Standardisierung der Interventionsbasis und kann – wie das Beispiel der Arbeitsverwaltung zeigt –

auch bzw. gerade mit sozialarbeitsfremden (Verwaltungs-)Kräften durchgeführt werden, weil die von den Programmgestaltern geplante und intendierte Wirkungskette erfordert, dass zuallererst „personale Faktoren des Programmpersonals" in den Programmsettings eliminiert werden (Ziegler 2006).

4.7 Die sozialpolitische Logik des Fallmanagements führt notwendigerweise zum organisationalen Change Management

Befürworter eines Case Managements in der Sozialen Arbeit behaupten diesbezüglich ein „Spannungsfeld zwischen Fachlichkeit und Ökonomie" (Remmel-Faßbender 2008, 34 f.), in dem das Case Management beansprucht, den „[…] immerwährenden Spagat zwischen der Erfüllung der fachlichen und ökonomischen Anforderungen, zwischen persönlicher Unterstützung und Optimierung der Dienstleistung […] in seiner Verbindung von fall- und systembezogener Steuerung und unter Sicherstellung fachlicher und berufsethischer Standards auszuführen." (Ebd., 35). Unsere Darstellung sollte demgegenüber belegen, dass es sich dabei nicht einfach um einen Widerspruch konkurrierender oder gar eine Verknüpfung bzw. Vermittlung gleichrangiger Ansprüche an die Soziale Arbeit handelt, die dadurch in einer Art Balance gehalten werden. Vielmehr determinieren die sozialpolitischen, -ökonomischen und -rechtlichen Vorgaben das Case Management inhaltlich wie formal und verändern damit das Versorgungsniveau genauso wie die Versorgungsstrukturen.[2]

In den Sozialen Diensten zeichnen sich im Rahmen der beschriebenen Entwicklung zwei Tendenzen ab:

1) Auf Grund der fiskalischen Orientierung der neuen Sozialpolitik werden Projekte und Programme gekürzt oder ganz eingestellt, weil bzw. insofern sie ihren sozialpolitischen und ökonomischen „Mehrwert" nicht entsprechend darstellen können. Reduzierungen der Sozialausgaben und Haushaltskonsolidierung gehen dabei nicht nur zu Lasten der Leistungsempfänger, sondern treffen auch die Leistungserbringer, die sich angesichts der angeblichen Bedeutung der veränderten Sozialpolitik fragen, warum ihr Engagement nicht als Investition verstanden wird und warum ihre Arbeit im Sozial-, Bildungs- und Erziehungsbereich (also dem eigentlichen Kernbereich investiver Sozialpolitik) offenbar immer weni-

2 Die Befürworter einer „Ökonomisierung der Sozialen Arbeit" halten diese damit zugleich für ein weitere Methode (neudeutsch: „Tool"), deren Anwendung nun endlich auch in der Sozialen Arbeit „Effektivität und Effizienz" verspreche. Abgesehen vom Umstand, dass diese Kriterien wegen der Besonderheiten der „Sphäre" wie des „Produktes" – analog zur Sachgüterproduktion in der freien Wirtschaft – gar nicht zur Anwendung kommen können bzw. sollten, ist der darin enthaltene Instrumentalismus zu kritisieren, der „Ökonomisierung" nicht als außerfachlichen Anspruch *an* die Soziale Arbeit, sondern als methodisches Angebot ihrer Professionalisierung verstehen will. Heite beschreibt, dass Case Management darüber letztlich „[…] die Akteure – und zwar die Profession, die Disziplin, die jeweils Professionellen ebenso wie die jeweilige KlientIn – als normierte Akteure hervor[bringt]." (Heite 2006, 205f., die an dieser Stelle von einer „Disziplinierung der Professionellen" spricht).

ger benötigt wird und dem Staat auch zunehmend weniger wert ist (zu den darüber induzierten gravierenden Veränderungen z. B. im Bereich (der Träger) der beruflichen Weiterbildung vgl. Buestrich 2003).

2) Die zweite beobachtbare Tendenz betrifft den nicht zu übersehenden Umbau der verbleibenden sozialen Dienste und die Umprogrammierung der sozialen Profession auf „Beschäftigungsfähigkeit". Auch die Soziale Arbeit soll ihren Beitrag zur „aktivierenden Wiedereingliederung" von Arbeitslosen und Sozialhilfeempfängern leisten. Sozial Schwache und Marginalisierte (also diejenigen, die künftig in den Regelungsbereich des neuen SGB XII fallen) sollen sich – möglichst durch irgendeine Erwerbsarbeit – von sozialstaatlichen Transferzahlungen unabhängig machen, zumindest aber zu – dann auch unentgeltlichem – „gesellschaftlichem Engagement" aktiviert werden. Sozialarbeiterische Interventionen haben sich in Folge des veränderten sozialpolitischen Leitbilds also nicht nur ökonomisch zu legitimieren (Bossong 2003), sie werden auch in zunehmendem Maße (z. B. im Rahmen von „workfare") mit Gemeinwohlinteressen begründet. Hilfeempfänger werden in Folge dessen – im eigenen Interesse – zu bestimmten Verhaltensweisen „angehalten", wodurch ganz im Sinne des Empowerment-Gedankens langfristig auch das Gemeinwohl befördert werde.

Für das methodische Handeln im Sozialsektor stellt sich unter den Bedingungen eines budgetierten und auf Wettbewerb ausgerichteten Organisationshandelns der „Fall" in erster Linie als ein Problem sachgerechten Managements dar, bei dem strukturelle Ursachen von Problemen oder die subjektive „Sinnhaftigkeit" der Lebensführung keine vorrangige Rolle mehr spielen, weil davon ausgegangen wird, dass Verhaltensweisen und Lebensstile zu einem nicht unerheblichen Teil Ursache von Problemlagen sind (diese Sichtweise wird mit dem Grundsatz des „Forderns und Förderns" auch sozialrechtlich festgeschrieben), die zudem leichter als die „Verhältnisse" für Interventionsprogramme zugänglich sind.

Achim Trube weist darauf hin, dass sich aus dieser „Verhaltensorientierung" an Stelle einer „Verhältnisorientierung" zwangsläufig die Notwendigkeit eines Change Managements ergibt:

> *„Case Management in diesem Sinne ist dann durchaus ein Instrument des Change Managements, wobei allerdings der absehbare Wandel nicht – wie im Konzept ausgewiesen – auf der Einbindung der Menschen in das System oder die Schaffung von Vertrauenskapital bzw. Netzwerkentwicklungen fußt, sondern Exklusion und Marginalisierung, statt Integration erzeugt. Diese Entwicklung der Systematisierung und Semiprofessionalisierung Sozialer Arbeit im aktivierenden Case Management erinnert entfernt an den berühmten Zauberlehrling, der jene Geister, die er rief, d. h. hier die Methoden modernen Managements, nicht in der Lage ist, auch wieder einzufangen, weil die Regie des wohlfahrtsstaatlichen Change Managements in anderen Händen liegt." (Trube 2005, 51; vgl. ähnlich Galuske 2007).*

Die Organisationen des Sozial- und Gesundheitssektors unternehmen gegenwärtig enorme Anstrengungen, um sich an die veränderten sozialpolitischen Rahmenbedingungen anzupassen (Dahme / Kühnlein / Wohlfahrt 2005). Die Anwendung von Methoden des strategischen und fallbezogenen Managements soll ihnen dabei innerhalb zunehmend restriktiver finanzierter Versorgungssysteme Wettbewerbsvorteile gegenüber den Konkurrenten sichern. Die zunehmenden Selektivitäten einer „bedarfsbezogenen" Versorgung müssen – so stellt sich für sie der Zwang

zum Change Management dar – durch Strategien der Vernetzung, der Aktivierung und Effizienzsteigerung „kompensiert“ werden. Die seit einigen Jahren zu beobachtenden Anstrengungen, den sozialen Dienstleistungssektor mittels Rückgriff auf das Wettbewerbsmodell neu zu organisieren, ist dabei (noch) nicht in allen Teilsektoren gleich weit fortgeschritten: Gesetzlich abgesicherte Privilegierungen z. B. der kirchlichen Dienstleistungserbringer, Korporatismus und der traditionelle Modus der Zuwendungsfinanzierung sind nicht überall und im gleichen Maße außer Kraft gesetzt.

Die sich in der allerorts zur beobachtenden Budgetierung ausdrückende Verknappung öffentlicher Mittel der Finanzierung sozialstaatlicher Dienstleistungen ist somit kein vorübergehendes Phänomen angesichts einer nur momentan prekären Haushaltslage. „Knappheit“ wird mittels Budgetierung sozialstaatlich als allgemeingültiger Tatbestand konstituiert und die komplementäre Effizienzsteigerung der sozialstaatlichen Versorgungssysteme ist folgerichtig dauerhaft notwendig zu ihrer Bewirtschaftung.

Alle Aspekte der neuen wettbewerblichen Rahmenordnung (Kundenorientierung, Qualitätssicherung, Konsumentensouveränität etc.) sind demnach nur relativ bestimmbar. Sie können nur in dem Maße umgesetzt und verwirklicht werden, wie öffentliche Finanzmittel zur Verfügung stehen. Da diese ab- und nicht zunehmen, bedarf es eines organisationalen Change Managements, das die Angebotsträger im Sozialsektor in die Lage versetzt, flexibel (und das heißt immer auch: fallbezogen) den Konsumenten bzw. Nachfrager durch die Klippen eines zunehmend selektiv organisierten Versorgungssystems zu schleusen.

Dass sich auf diesem Weg für die Betroffenen (wenn sie nicht über die entsprechende private Zahlungsfähigkeit verfügen) eine zunehmend unsichere und prekäre Versorgung mit gesundheitlichen und sozialen Diensten durchsetzt, stellt sich als das fachliche Problem eines qualitativ anspruchsvollen Fallmanagements dar. Ob das traditionelle Methodenarsenal der Sozialen Arbeit hierbei ausreichende Hilfestellung bietet und damit die erwarteten Erfolge liefern kann, ist in Anbetracht der extern gesetzten, von der Profession nicht zu beeinflussenden Rahmenbedingungen zu bezweifeln. Es steht zu befürchten, dass soziale Dienstleistungsorganisationen im Rahmen des Change Managements nichts übrig bleibt, als sich diesen Bedingungen aus Gründen ihrer wirtschaftlichen Überlebensfähigkeit bedingungslos anzupassen.

Literatur

BIEKER, R. 2004: Neue Kommunalverwaltung. Weinheim.

BLANKE, B. ET AL. (Hrsg.) 2005: Handbuch zur Verwaltungsreform. Wiesbaden.

BUESTRICH, M. 2003: Marktbereinigung. Veränderungen im öffentlich finanzierten Weiterbildungssektor im Zuge der Umsetzung von Hartz I und II. In: Neue Praxis, Nr. 6. 558-569.

BUESTRICH, M. / FINKE, F. / LATORRE, F. 2005: Ökonomisierung der Gesundheitsversorgung. Möglichkeiten präventiver Arbeitsförderung im Klinikbereich. In: Gesundheits- und Sozialpolitik, Nr. 3-4. 31-42.

Buestrich, M. / Wohlfahrt, N. 2005: Casemanagement in der Beschäftigungsförderung? Zur sozialpolitischen Logik und Modernität einer Methode der Sozialen Arbeit. In: Neue Praxis, Nr. 4. 307-324.

Buestrich, M. / Wohlfahrt, N. 2008: Die Ökonomisierung der Sozialen Arbeit. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, Nr. 12/13. 17-24.

Buestrich, M. / Burmester, M. / Dahme, H.-J. / Wohlfahrt, N. 2008: Die Ökonomisierung Sozialer Dienste und Sozialer Arbeit, Baltmannsweiler.

Dahme, H.J. / Wohlfahrt, N. (Hrsg.) 2005: Aktivierende Soziale Arbeit; Theorie – Handlungsfelder – Praxis, Baltmannsweiler.

Dahme; H. J. / Kühnlein, G. / Wohlfahrt, N. 2005: Zwischen Wettbewerb und Subsidiarität. Wohlfahrtsverbände unterwegs in die Sozialwirtschaft. Berlin.

Freyberg, T. v. 2003: Fördern und Fordern (Teil 2: Hilfe zur Arbeit oder Arbeitszwang?). In: Widersprüche, Nr. 89. 93-113.

Galuske, M. 2007: Case Management und aktivierender Sozialstaat. Kritische Anmerkungen zu einer Erfolgsgeschichte. In: Soziale Arbeit, Jg. 56, H. 11-12. 409-417.

Galuske, M. / Thole, W. (Hrsg.) 2006: Vom Fall zum Management. Neue Methoden der Sozialen Arbeit. Wiesbaden.

Giddens, A. 1997: Jenseits von Links und Rechts. Die Zukunft radikaler Demokratie. Frankfurt am Main.

Göckler, R. 2006: Beschäftigungsorientiertes Fallmanagement, Regensburg.

Krölls, A. 2000: Die Ökonomisierung der Sozialarbeit. In: Lindenberg, M. (Hrsg.): Von der Sorge zur Härte. Bielefeld. 55-89.

Hansen, E. 2005: Das Case/Care Management. Anmerkungen zu einer importierten Methode. In: Neue Praxis. Zeitschrift für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Sozialpolitik, H. 2. 107-126.

Heite, C. 2006: Professionalisierungsstrategien der Sozialen Arbeit. Der Fall Casemanagement. In: Neue Praxis. Zeitschrift für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Sozialpolitik, Jg. 36, H. 2. 201-208.

Kühn, D. 1999: Die Reform der öffentlichen Verwaltung. Das Neue Steuerungsmodell in der kommunalen Sozialverwaltung. Köln.

Michel-Schwartze, B. 2008: Die strukturelle Devianz des beschäftigungsorientierten Fallmanagements: Wie viel Case Management steckt im Fallmanagement? In: Müller, M. / Ehlers. C. (Hrsg.): Casemanagement als Brücke, Berlin. 66-87.

MWA-NRW 2004: Ministerium für Wirtschaft und Arbeit, Kompendium Arbeitsmarktpolitik, Berlin.

Neumann, V. 2003: Raum ohne Rechte? Zur Rezeption von Sozialraumkonzeptionen durch die Sozialpolitik. In: Recht der sozialen Einrichtungen und Dienste. 30-46.

NULLMEIER, F. 2004a: Spannungs- und Konfliktlinien im Sozialstaat. In: FRECH, S. ET AL. (Hrsg.): Der Sozialstatt. Reform, Umbau, Abbau? Schwalbach. 43-58.

NULLMEIER, F. 2004b: Die Vermarktlichung des Sozialstaats. In: WSI-Mitteilungen, Nr. 9. 495-501.

OTTO, H.U. / ZIEGLER, H. 2004: Sozialraum und sozialer Ausschluss. In: Neue praxis, H. 2. 117-135.

SCHMIDT-GRUNERT, M. 1996: Die „BWL-isierung“ als Hoffnungsträger der Sozialen Arbeit: eine unangemessene und unrealistische Einschätzung des „gesellschaftlichen Ansehens“ der Sozialen Arbeit. In: Sozialmagazin, Nr. 4. 30-43.

RAITHEL, J. / DOLLINGER, B. 2006: Case Management. In: DOLLINGER, BERND / RAITHEL, JÜRGEN (Hrsg.): Aktivierende Sozialpädagogik. Wiesbaden. 79–91.

REMMEL-FAßBENDER, R. 2008: Case Management – Ein Konzept zwischen fachlichen Ansprüchen Sozialer Arbeit und ökonomischen Erwartungen!? In: SPATSCHECK, C. ET AL. (Hrsg.): Soziale Arbeit und Ökonomisierung. Analysen und Handlungsstrategien. Berlin. 26-40.

SCHÄPER, S. 2006: Die Ökonomisierung der Behindertenhilfe, Berlin.

SCHÖNIG, W. 2004: Transformation des Sozialstaats – Herausforderungen an die Soziale Arbeit. In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, H. 3. 4-10.

TRUBE, A. / WOHLFAHRT, N. 2001a: „Der aktivierende Sozialstaat“. Sozialpolitik zwischen Individualisierung und einer neuen politischen Ökonomie der inneren Sicherheit. In: WSI-Mitteilungen, Nr. 1. 27-36.

TRUBE, A. / WOHLFAHRT, N. 2001b: Der aktivierende Sozialstaat: Konzept und Konsequenzen einer veränderten Sozialpolitik. In: Nachrichtendienst des deutschen Vereins, Nr. 3. 82-86.

TRUBE, A. 2005: Case Management als Change Management? Zur ambivalenten Professionalisierung Sozialer Arbeit im aktivierenden Sozialstaat. In: BRINKMANN, V. (Hrsg.) 2005: Change Management in der Sozialwirtschaft. Wiesbaden. 43-57.

ZIEGLER, H. 2006: What Works? Probleme einer „Wirkungsorientierung“ in der Sozialen Arbeit. In: Forum Erziehungshilfen, H. 5. 262-270.

Autoren

Prof. Dr. Michael Buestrich und Prof. Dr. Norbert Wohlfahrt lehren an der Ev. FH Rheinland-Westfalen-Lippe in Bochum Sozialmanagement; Prof. Dr. Frank-Peter Finke-Oltmann lehrt an der FH des Mittelstandes in Bielefeld Nonprofit-Management.

Claus Reis / Martina Schu

5 „Aktivierung in der Sozialhilfe“ - Ergebnisse eines Pilotprojektes zur Implementation von Fallmanagement im SGB XII

5.1 Konzeption und Verlauf des Pilotprojekts

Die parallele Einführung der SGB II und XII am 01.01.2005 brachte für alle Sozialhilfeträger neue konzeptionelle (vgl. die neuen §§ 11 und 12 SGB XII) sowie organisatorische Herausforderungen. Die Sozialämter standen vor der Aufgabe, entweder im Rahmen von Arbeitsgemeinschaften Teile des Leistungsprozesses des SGB II zu übernehmen und hierzu Personal abzustellen oder als „Optionskommune“ eine besondere Organisationseinheit aufzubauen, die alle Leistungen nach dem SGB II übernehmen konnte. Gleichzeitig mussten Strukturen geschaffen werden, um den Auftrag des SGB XII umzusetzen. Durch den eminenten öffentlichen und politischen Druck, der mit der Einführung von „Hartz IV“ verbunden war, wurden dabei fast überall die Prioritäten eindeutig gesetzt: Die Implementierung der neuen Strukturen im Kontext des SGB II hatte Vorrang, demgegenüber trat das „alte“ Sozialamt, das zwischen 85 und 95 % seiner Klientel den SGB II-Trägern übergeben hatte, deutlich in den Hintergrund. An Neugestaltung, etwa in Form der Umsetzung von konzeptionellen Anforderungen, die der § 11 SGB XII gesetzt hatte, war zunächst meist nicht zu denken.

Die §§ 11 und 12 SGB XII zielen darauf ab, dass auch Hilfesuchende, die nicht erwerbsfähig im Sinne des § 8 SGB II sind, dabei unterstützt werden sollen, ein Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht, auch wenn sie nicht unmittelbar in den Arbeitsmarkt integriert werden können. Viele Kommunen waren im Jahr 2005 hierauf nicht vorbereitet, da sie in den meisten Fällen das für die Erbringung komplexer Dienstleistungen qualifizierte Personal in den Bereich des SGB II abgezogen hatten. Auch mangelte es an Erfahrungen mit der Gestaltung von Organisationsstrukturen, die für die Erbringung von personenbezogenen Dienstleistungen geeignet sind.

Ziel des Projekts „Aktivierung in der Sozialhilfe“ (SGB XII) des Landes Nordrhein-Westfalen[1] war es, ein verallgemeinerbares Handlungskonzept für den Personenkreis der nach SGB XII Leistungsberechtigten zu entwickeln, allerdings ohne Berücksichtigung der Empfängerinnen

[1] Das Projekt, an dem die Autorin und der Autor beteiligt waren, wurde vom Institut für Stadt- und Regionalentwicklung der Fachhochschule Frankfurt am Main in den Jahren 2005 bis 2008 durchgeführt.

und Empfänger von Eingliederungshilfe für Behinderte und Leistungen nach §§ 41ff. SGB XII. Dieses Handlungskonzept sollte auf lokale Bedingungen zugeschnitten und an zwei Standorten (kreisfreie Städte) praktisch erprobt werden.

Die Projektarbeit begann in der ersten Projektphase 2005 mit einer rechtlich-konzeptionellen Würdigung der Vorschriften zur „Aktivierung“ im SGB XII, um hierüber den rechtlichen Rahmen zu konkretisieren, in dem sich die beiden Projektkommunen bewegen, sowie mit einer „Ist-Analyse“ der Ausgangssituation an den beiden Projektstandorten. An diesen Erkenntnissen konnte angesetzt werden, um in der zweiten Phase des Projektes (2006/2007) die Strategien der Modellkommunen weiterzuentwickeln und gleichzeitig allgemeine Lehren für die Gestaltung der Leistungsprozesse nach dem SGB XII zu ziehen. Von Beginn an ging es bei dem Modellprojekt auch darum, die Erfahrungen an den zwei Modellstandorten für landesweit umsetzbare Empfehlungen zu nutzen. Zur Umsetzung des Vorhabens wurde eine Projektstruktur geschaffen, die vorsah, an beiden Standorten mit dem Instrumentarium des Projektmanagements einen Organisationsentwicklungsprozess zu gestalten, der auf eine Neuausrichtung der Leistungsprozesse in der Sozialhilfe (3. und 4. Kapitel SGB XII) abzielte. Gleichzeitig wurde ein Wissens- und Erfahrungstransfer gewährleistet. Im Rahmen der zweiten Modellphase gelang es so, in den Modellstandorten Strukturen zu schaffen, Abläufe festzulegen und Instrumente zu entwickeln, die dann ab (Spät)Sommer 2007 in der Praxis erprobt und durch die wissenschaftliche Begleitung evaluiert wurden. Zur Qualifizierung der Beschäftigten bzgl. Aktivierungsstrategien im SGB XII wurde von der wissenschaftlichen Begleitung zusammen mit einem Bildungsträger ein Fortbildungscurriculum entwickelt und alle Fachkräfte in der Sachbearbeitung sowie die zukünftigen FallmanagerInnen wurden geschult.

Parallel zum Praxisstart der neuen Leistungsprozesse wurde mit ihrer Evaluation, d. h. der wissenschaftlichen Erhebung im engeren Sinne, begonnen. Im Rahmen der Evaluation wurden verschiedene qualitative und quantitative Verfahren der empirischen Sozialforschung eingesetzt (Interviews von Beschäftigten und Klientel, Beobachtungen der Interaktion von Fachkräften und Leistungsberechtigten) und die den Leistungsprozess unterstützenden Instrumente ausgewertet, um alle Blickwinkel, sowohl bzgl. der Ausgangssituation und Erwartungen als auch im Verlauf, adäquat zu erfassen.

Im Zuge der Projektarbeit gelang es an beiden Standorten, Fallmanagement als Bestandteil der Leistungsprozesse im SGB XII zu etablieren. An beiden Standorten wird diese Praxis nach Beendigung des Pilotprojektes fortgeführt.

Gegenstand dieses Beitrags sind Analysen zu Praxis und Organisation des Fallmanagements im Bereich des SGB XII, wobei die Interaktion zwischen FallmanagerInnen und ihrer Klientel im Vordergrund stehen. Zur Kontrastierung wurde auf Ergebnisse einer Untersuchung zum Fallmanagement im Bereich des SGB II zurück gegriffen (vgl. FH Frankfurt/ infas/ WZB 2008).

5.2 Interaktion im Fallmanagement

5.2.1 Fallverläufe: die Auswertung ausgewählter Falldokumentationen

An den beiden Projektstandorten wurden insgesamt 17 Gespräche – acht Erstgespräche und neun Folgegespräche – beobachtet und detailliert protokolliert.[2] In 14 Fällen existiert zu den Gesprächen eine mehr oder minder ausführliche Dokumentation (zumindest ein ausgefüllter Assessment-Bogen, Leistungsdokumentation), aus der auch Fallverläufe rekonstruiert werden konnten.

Während ein förmliches Assessment fast regelmäßig durchgeführt und dokumentiert wird, existiert nur in einem Teil der Fälle ein Hilfeplan oder gar eine Hilfeplanfortschreibung. Dies hängt nicht unbedingt damit zusammen, dass die Fälle nicht komplex genug sind, d.h. in puncto Fallmanagement also eher „Irrläufer“ wären: Abgesehen von zwei Fällen, die sich nur über vier Wochen bzw. drei Monate hinzogen und abgeschlossen sind, dauerte die dokumentierte Fallbearbeitung (die meisten Fälle waren zum Projektende noch nicht abgeschlossen) zwischen fünf Monaten und einem dreiviertel Jahr. Auch die Anzahl der erbrachten Leistungen insgesamt und die der persönlichen Gespräche war teilweise sehr hoch, wenn sich auch eine deutliche Spannbreite zeigt: Die Zahl der Gespräche reicht von zwei (bei insgesamt 45 dokumentierten Leistungen, in der Mehrzahl Telefonate) bis zu acht, im Schnitt waren es 4,8 persönliche Gespräche, d.h. Assessments oder Beratungen.

Nur in vier der vierzehn Fälle wurden „Dritte“ außerhalb der Kommunalverwaltung eingeschaltet, davon dreimal Träger der freien Wohlfahrtspflege. Angesichts einer hohen Dichte persönlicher Gespräche deutet der sehr geringe Grad der Einschaltung Dritter darauf hin, dass ein zentrales Merkmal des Fallmanagements im SGB XII darin besteht, dass die FallmanagerInnen großen Wert auf den Aufbau und die Stabilisierung der Ko-Produktion mit den Rat Suchenden legen. Demgegenüber tritt der „Management“-Anteil deutlich in den Hintergrund.

5.2.2 Die Interaktion in den Gesprächen – eine Typologie

Die siebzehn protokollierten Gespräche wurden mit Hilfe einer qualitativen Inhaltsanalyse im Hinblick auf die Art der Gesprächsführung ausgewertet. Dabei richtete sich der Blick insbesondere auf die FallmanagerInnen: Deren Beratungsstil bildete die Grundlage für eine kleine Typologie. Generell handelt es sich um Beratungen mit „diffusem Problembezug“ (vgl. MASQT 2000), d.h. die Beratungsthemen stehen nicht vorab fest (z. B. als Rechtsberatung, Schuldnerberatung etc.), sondern werden erst im Gesprächsverlauf entwickelt. Die Art und Weise dieser Entwicklung und weiteren Bearbeitung kann dabei differenziert im Hinblick darauf betrachtet werden, ob es sich um ein „offenes“, d.h. nur gering strukturiertes, Gespräch, um ein über die

---

[2] Leider konnten die Gespräche nicht mitgeschnitten werden, da die hierzu erforderliche Erlaubnis von den Beteiligten nicht erteilt wurde.

Assessment-Kategorien stark vorstrukturiertes Gespräch oder als „Mittelweg“ um ein zwar offenes, aber von den FallmanagerInnen im Verlauf gesteuertes Gespräch handelt. In diesen drei Fallkonstellationen kommt es zu einem „Arbeitsbündnis“. Mit diesem Begriff bezeichnet Heinz Steinert in Anlehnung an die Terminologie von Freud den Charakter einer spezifischen Art von Interaktion:

> *„Interaktion geschieht in einem Spiel von gegenseitigen Erwartungen, die daher rühren, wie beide Beteiligten die Situation verstehen: in Analogie zu biographisch früher erfahrenen, nach den Regeln von emotional wichtigen Modell-Situationen. Gewöhnlich bringen wir den anderen dazu, in dieses angebotene Verständnis der Situation einzusteigen und die komplementären Emotionen zu haben ... Wir verstehen, indem wir uns die Regeln der Situation klarmachen, in der wir uns auf Grund von Übertragung und Gegenübertragung im Rahmen der äußeren gesellschaftlichen Vorgaben und der vorhandenen Requisiten befinden. Diese Regeln, die also vom organisatorischen, institutionellen und sonstigen gesellschaftlichen Rahmen der Interaktion und von den Beteiligten vorgegeben, vorausgesetzt und ausgehandelt werden, kann man als ‚Arbeitsbündnis‘ zusammenfassen.“ (Steinert 1998, 58f.)*

Ein solches Arbeitsbündnis kann scheitern, wenn sich nämlich die Beteiligten nicht auf eine Form der Zusammenarbeit einigen können. Dies geschah in zwei der beobachteten Fälle.

Somit konnten vier unterschiedliche Typen von Gesprächen identifiziert werden:

- offene Gespräche (5.2.3),
- Gespräche, in denen die FallmanagerInnen eine deutlich steuernde Funktion übernehmen (5.2.4),
- Gespräche, in denen die FallmanagerInnen im Wesentlichen die (vorgegebenen) Assessment-Kategorien „abfragen“ (5.2.5),
- Gespräche, in denen kein Arbeitsbündnis zu Stande kommt (5.2.6).

5.2.3 Offene Gespräche

Dieser Typus von Gesprächen, dem acht von 17 Fällen zugeordnet werden konnten, lässt sich dadurch kennzeichnen, dass die FallmanagerInnen versuchen, durch Gesprächsführung, aber auch Körperhaltung (z. B. Blickkontakt) eine offene Gesprächsatmosphäre zu schaffen, in der den Ratsuchenden Gelegenheit gegeben wird, ihre aktuelle Lebenssituation und ihre Problemlage ausführlich zu schildern. Die FallmanagerInnen (FM) nehmen dabei keine oder nur eine geringe steuernde Funktion wahr, sondern legen Wert auf die Exploration der Gesamtsituation.

> *„Das Verhalten der FM war freundlich, emphatisch, akzeptierend, bei Bedarf nach- und rückfragend und dadurch etwas richtungssteuernd; die FM musste größtenteils lediglich Stichworte vorgeben, denn der Klient war von sich aus sehr redselig und sprach viele Themenbereiche bereits von sich aus an; die FM war sehr souverän und sicher in ihrem Vorgehen und wirkte dadurch Vertrauen erweckend.*

Der Klient war sehr offen und aufgeschlossen, wirkte extrovertiert, war sehr auskunftsfreudig bzw. mitteilungsbedürftig, griff gegebene Stichworte auf und erzählte bereitwillig und recht ausführlich, sprang aber gelegentlich innerhalb eines Themas noch einmal zu einem anderen zurück oder griff Themenbereichen vor, er wirkte insgesamt sehr interessiert, erschien extrem motiviert, durchgängig betonte er, dass er sehr gern wieder eine Beschäftigung hätte, er war dabei durchgängig freundlich.

Die Gesprächssituation wirkte entspannt, die Gesprächspartner schienen sich sympathisch, das Gespräch war ständig im Fluss, geriet nicht ins Stocken, es gab keinerlei Verständigungsschwierigkeiten.“ (Gespräch 1)

Nicht nur Erst-, sondern auch Folgegespräche können von der Strategie bestimmt sein, durch die Art der Kommunikation Vertrauen zu schaffen und aufrecht zu erhalten, d.h. ein Arbeitsbündnis aufzubauen. Da in den Folgegesprächen meist kein Assessment mehr durchgeführt wird, dominiert der offene, unstrukturierte Charakter dieser Art der Gesprächsführung.

Diese Art der Gesprächsführung scheint gut geeignet zu sein, um auch eher verschlossene KlientInnen „zu öffnen“, sie aus der kommunikativen Isolation, in der sie sich häufig befinden, herauszulocken. Die folgende Protokollnotiz macht deutlich, dass die FallmanagerInnen dabei sehr behutsam vorgehen müssen und immer wieder signalisieren, dass es die KlientInnen selbst in der Hand halten, ob und worüber gesprochen wird.

„Die FM tastete sich aufgrund der Vorgeschichte der Klientin sehr vorsichtig an diese heran. Sie wies die Klientin immer wieder darauf hin, dass sie das Gespräch jederzeit abbrechen könne, wenn es zu viel wird. Die FM war durchweg freundlich und sowohl sehr verständnisvoll, als auch mitfühlend gegenüber der Klientin. Sie lächelte die Klientin oft an und nickte ihr zu. Sie wählte ihre Fragen sehr besonnen, um der Klientin nicht zu nahe zu treten und sagte ihr mehrfach, dass sie auf Fragen nicht antworten müsse, wenn sie dies nicht wolle. Sie erklärte der Klientin den Sinn und Zweck des Fallmanagements und überließ ihr die Entscheidung, ob sie am Fallmanagement teilnehmen möchte oder nicht. Die FM wandte sich der Klientin während des gesamten Gesprächs mit dem Körper zu, außer wenn sie etwas in den PC eingab. Den Blickkontakt hielt die FM aber nicht durchgehend zur Klientin, da diese auch oft einfach im Raum herumschaute. Die FM versuchte der Klientin durchgehend zu vermitteln, dass nichts gegen den Willen der Klientin stattfinden würde und man ihr nur helfen wolle. Sie lobte die Klientin zum Ende des Gesprächs für ihren Mut und bedankte sich für die Offenheit.

Die Klientin war zu Beginn des Gesprächs sehr schüchtern und verunsichert. Durch die einfühlsame Art der FM verbesserte sich dies aber im Laufe des Gesprächs. Sie antwortete nur auf durch die FM gestellte Fragen, von sich selbst aus erzählte die Klientin nicht viel. Sie begründete ihre Verschlossenheit mit ihrer Angst vor Menschen. Zwischendurch begann die Klientin immer wieder zu weinen, hörte aber nach kurzer Zeit auch wieder auf. Im Laufe des Gesprächs schien die Klientin immer mehr Vertrauen zur FM zu gewinnen, da sie immer ruhiger wurde.“ (Gespräch 17)

Diese Gespräche haben für einige KlientInnen erkennbar eine therapeutische Funktion. Vor allem diejenigen, die persönlich stark isoliert leben, nutzen die Kommunikation mit den Fallmanagerinnen und Fallmanagern, um fehlende soziale Kontakte wenigstens punktuell zu ersetzen.

Hierüber kann eine starke Bindung entstehen, gleichzeitig kann die Art der Kommunikation dazu führen, dass die Aufgabe des Fallmanagements, Leistungen Dritter zu initiieren und zu steuern, in den Hintergrund tritt.

Den FallmanagerInnen gelingt es in fast der Hälfte aller beobachteten Gespräche, eine vertrauensvolle Gesprächsbeziehung zu ihren KlientInnen aufzubauen und damit ein Arbeitsbündnis zu schaffen, das auch über einen längeren Zeitraum tragfähig bleibt.

5.2.4 Gespräche, in denen die FallmanagerInnen eine steuernde Funktion übernehmen

Im Gegensatz zum erstgenannten Typus zeichnen sich die vier Gespräche dieses Typs dadurch aus, dass die FallmanagerInnen zwar ebenfalls versuchen, eine für die Ratsuchenden angenehme Gesprächsatmosphäre zu schaffen, gleichzeitig aber das Gespräch stärker strukturieren. Hierzu gehört auch die Strategie, (zumindest zunächst) nicht in die Tiefe zu gehen.

> *„Die FM zeigt sich freundlich, interessiert, verständnis- und rücksichtsvoll. Sie erklärt ausführlich Ziel und Funktion des Fallmanagements und weist mehrfach darauf hin, dass sie ihnen helfen bzw. gemeinsam mit den Kunden Lösungsmöglichkeiten für Probleme erarbeiten möchte. Sie geht auf die Kundin ein, hört ihr aufmerksam zu und fragt meist gezielt nach. Nur an wenigen Stellen blockt sie das Gespräch offen ab, mit dem Hinweis, an dieser Stelle nicht zu sehr in die Tiefe gehen zu wollen. Dies wird von der Kundin akzeptiert und hat keinen Einfluss auf seine Offenheit im weiteren Gesprächsverlauf. Die FM berücksichtigt die Zurückhaltung der Frau und erspart ihr die Thematisierung ihrer Suchtkarriere und Krankheitsgeschichte in diesem ersten Gespräch. Die FM versucht zudem ermutigend auf die Kundin einzuwirken, als diese Selbstzweifel äußert. Auch bedankt sie sich bei der Kundin für ihre Offenheit und das Vertrauen, das ihr im Gespräch entgegengebracht wird. Die FM zeigt Interesse an dem anwesenden Kleinkind des Paars und Verständnis für sein „quengeliges Verhalten“. Sie nimmt im Gesprächsverlauf auch mehrfach Kontakt zu dem Kind auf, was sichtlich zur Auflockerung der Atmosphäre seitens der Ehefrau beiträgt.“(Gespräch 12)*

Zu diesem Typus gehören auch Gespräche, in denen die FallmanagerInnen die Ratsuchenden in Folgegesprächen sehr zielstrebig mit ihren Problemen und möglichen Lösungsansätzen konfrontieren – immer aber auf der Basis einer offenbar stabilen Beratungsbeziehung.

> *„Die FM ist dem Kunden gegenüber sehr offen und hört interessiert zu. Sie geht auf die Schilderungen des Kunden ein. Bei Problemen des Kunden, wie z.B. dem Arztbesuch, zeigt sie Lösungswege auf und versucht den Klienten freundlich in die richtige Richtung zu bringen. Insbesondere in Bezug auf die Alkoholsucht des Kunden ist die FM sehr beharrlich und macht dem Kunden deutlich, dass er sich damit auseinandersetzen muss. Das Gespräch wird eindeutig von ihr gesteuert. Sie stellt die Fragen und hakt bei Bedarf nach. Vorschläge und Ideen unterbreitet sie mit Erklärungen, macht aber auch deutlich, dass sie die Durchführung für wichtig und sinnvoll hält.*

Der Kunde scheint während des gesamten Gesprächs etwas nervös zu sein. Auf Nachfragen der FM hin erzählt er offen und auch ausgiebig. Er ist sehr reflektiert und äußert sich ehrlich über seine Problematik. Er scheint sehr froh darüber, dass die FM auf seine Wünsche in Bezug auf eine Arbeitserprobung eingeht, da deutlich zu erkennen ist, dass er nicht mehr länger abwarten, sondern endlich handeln möchte.

Das Erstellen einer Hilfeplanung mit Festlegung von Zielen erfolgt in gemeinsamer Absprache und ohne Druck.“ (Gespräch 3).

Alle beobachteten Gespräche dieses Typus zeigen, dass sich die FallmanagerInnen auf einem „sicheren Terrain“ bewegen, d.h. sie schaffen es zu strukturieren, ohne dass die Basis einer vertrauensvollen Ko-Produktion mit ihren KlientInnen gefährdet wäre. Dies unterscheidet sie deutlich vom nächsten Typus.

5.2.5 „Abfragen“ im Rahmen des Assessments

Diesem Typus sind drei Gespräche zuzuordnen. Sie zeichnen sich dadurch aus, dass die FallmanagerInnen bemüht sind, den Assessment-Bogen „abzuarbeiten“, d.h. alle dort aufgeführten Fragen zu stellen und die Antworten zu notieren – ohne in die Tiefe zu gehen, selbst wenn sich im Gespräch hierzu Anhaltspunkte ergeben. Dies führt dazu, dass die Ratsuchenden, die mit anderen Erwartungen gekommen sind, im Gesprächsverlauf immer verschlossener werden. Damit wird das Gegenteil dessen erreicht, worauf das Assessment eigentlich abzielen sollte.

„Die FM erscheint dem Klienten gegenüber unkonzentriert, manche Themen, wie z.B. soziale Kontakte, greift sie mit der stets gleichen Frage wiederholt auf, allerdings jedes Mal nur sehr oberflächlich, worauf der Klient stets die gleiche Antwort gibt; in die Tiefe geht sie nicht, stellt selten Fragen nach Gründen für Situationen oder Verhalten und auch nicht nach den Auswirkungen für den Klienten; sie geht – besonders bei m. A. entscheidenden Informationen bzw. eventuellen Schlüsselerlebnissen, die der Klient erwähnt – wenig analytisch vor. Sie erscheint insgesamt eher wenig emphatisch, könnte auf den Klienten desinteressiert und unaufmerksam gewirkt haben, sie ist dem Klienten gegenüber eher reserviert und wirkt gegenüber seinen Problemen verständnislos.

Der Klient macht zu Beginn einen offenen, aufgeschlossenen, freundlichen Eindruck, erscheint erwartungsvoll; zum Ende hin macht er den Eindruck, als habe sich die Verständnislosigkeit der FM auf ihn übertragen, da seine Erwartungen nicht erfüllt wurden.“ (Gespräch 11)

Auch wenn die Haltung der FallmanagerIn offen und das Bemühen spürbar ist, eine produktive Gesprächsatmosphäre herzustellen, wirkt der Rekurs auf das „Abarbeiten“ vorgegebener Fragen negativ auf den Gesprächsverlauf ein, wie das folgende Beispiel zeigt.

„Die Beraterin ist dem Kunden gegenüber sehr freundlich. Sie bietet ihm zu Beginn des Gesprächs einen Kaffee an und einen weiteren Kaffee im Gesprächsverlauf. Sie eröffnet das Gespräch mit eher belanglosen Fragen und Themen (Wetter, Unternehmungen, „Was haben sie bei dem schönen Wetter gemacht? Haben Sie Ihren Umzug hinter sich gebracht?“). Das

Gespräch bekommt anfangs dadurch den „informellen Charakter“ einer „Plauderei“. Dies trägt zu einer Auflockerung der Situation bei und erleichtert dem Kunden den Einstieg in das Gespräch. Allerdings wird zu Beginn des Gesprächs nicht deutlich formuliert, was Ziel/ Sinn und Zweck dieses Termins ist. Erst nach einiger Zeit greift die Beraterin eine Aussage des Klienten bezüglich seiner Einsamkeit auf und erklärt, dass der Aufbau von sozialen Kontakten das Ziel sein soll und dass sie außerdem das in der letzten Sitzung begonnene Assessment zu Ende führen möchte. Im Folgenden hält sich die Beraterin eng an die Fragen des Assessments und fragt diese nacheinander ab. Dabei liest sie die Fragen oftmals vom Bildschirm ab. Dies klingt, als würde sie die Fragen sich selber vorlesen und müsse sich erst darüber klar werden, was diese eigentlich bedeuten. Nachdem sie eine Frage abgelesen bzw. vor sich hingesprochen hat, versucht sie diese auf den vorliegenden Fall zu beziehen und richtet die Frage dann meist noch mal gezielt an den Kunden. Die FM stellt häufig Nachfragen, was den Eindruck erweckt, als hätte sie nicht aufmerksam zugehört. Einige Sachverhalte zur gesundheitlichen Situation erfragt sie mehrfach. Die Fragen wirken dementsprechend irrelevant und überflüssig, da der Kunde die Antworten bereits im Gesprächsverlauf geliefert hat. Obwohl die FM nicht desinteressiert wirkt, häufig nachfragt, versucht zu motivieren und dem Kunden viel Zeit für seine Ausführungen zugesteht, bleiben einige erwähnte, wichtige Ereignisse von der FM unkommentiert.“ (Gespräch 13).

Die hier diskutierten Gespräche führen zwar nicht direkt zum Scheitern der Arbeitsbündnisse, dennoch ist zu befürchten, dass es hierhin kein weiter Weg mehr ist. Die Erwartungen der KlientInnen sind enttäuscht, Vertrauen wird eher ab- als aufgebaut, eine Basis für die Bearbeitung „sensibler“ Themen steht nicht in Aussicht.

5.2.6 Scheiternde Arbeitsbündnisse

In nur zwei von 17 Gesprächen wird deutlich, dass kein tragfähiges Arbeitsbündnis zu Stande kommt. In einem Fall liegt dies am Misstrauen des Klienten:

„In diesem Gespräch machte die FM durchgehend einen sehr starken und akzeptierenden Eindruck; sie erschien sehr kompetent/fachkundig, souverän, aufmerksam und emphatisch. Sie steuerte das Gespräch, hakte nach, und versuchte durchweg einfühlend, beim Klienten Vertrauen zu erwecken. Sie war sehr freundlich gegenüber dem Klienten. Wie in einem anderen Gespräch versuchte sie, den Klienten dazu zu bringen, über die Möglichkeiten zu reflektieren.

Der Hilfeberechtigte war zwar freundlich, aber fast durchgängig ablehnend, eher misstrauisch und verschlossen. Er schien von Beginn an, das Fallmanagement abzulehnen. Zeitweise wirkte er etwas eingeschüchtert (von der gesamten Situation, nicht von der FM).

Die FM sah teilweise einen Bedarf an Fallmanagement, der Klient jedoch nicht. Als deutlich wurde, dass der Klient das Fallmanagement ablehnt, gab die FM dem Klienten zu verstehen, dass sie seinen Wunsch akzeptiert, bot ihm aber an, dass er sich bei Bedarf jederzeit melden könne.“ (Gespräch 8)

Im zweiten Gespräch scheint eher die Haltung der Fallmanagerin gegenüber dem Klienten verantwortlich zu sein für eine gestörte Kommunikation.

> *„Vor Beginn des Gesprächs mit dem Klienten vermittelte sie einen unmotivierten und gelangweilten Eindruck. Während des Gesprächs war sie zwar freundlich, gab dem Klienten positives Feedback und dem Klienten könnte der Eindruck entstanden sein, dass sie eine akzeptierende Haltung einnimmt. Sie wirkte allerdings etwas planlos/unstrukturiert in ihrem Vorgehen. Sie äußerte gelegentlich ihre Meinung, versuchte aber nicht, den Klienten dazu zu bringen, selbst zu reflektieren. Sobald der Klient aus dem Raum war, öffnete sie sogleich hektisch das Fenster mit den Worten „puh, der hat aber gestunken!“. Außerdem wurde klar, dass sie keineswegs eine akzeptierende Haltung einnimmt und ihr – die Eigeninitiative des Klienten lobendes – Feedback nicht ernst gemeint war, sondern sie diese als Aufbau einer Scheinwelt einschätzt: „wenn sich jemand auf ihn einlassen würde, dann doch auch bloß jemand wie er selbst, eine Obdachlose oder so“, „sobald die bei Edeka den sehen, ist ja schon klar, dass die den nicht nehmen“. Es scheint, als fehle ihr manchmal tatsächlich das Verständnis, i.S. dessen, dass sie mit der Lebenswelt der Klienten nichts anfangen kann.*
>
> *Der Klient war eher verhalten, aber freundlich, reagierte lediglich auf die Fragen der FM, war relativ verschlossen.“ (Gespräch 15).*

Obwohl im SGB XII die Gespräche grundsätzlich freiwillig sind, kann der Fall eintreten, dass ein Arbeitsbündnis nicht zu Stande kommt oder früh scheitert. Allerdings trifft dies nur für zwei der insgesamt 17 Gespräche zu, die an beiden Standorten beobachtet wurden – ein Indiz für eine eher vertrauensvolle Gesprächsatmosphäre.

5.3 Ein Vergleich mit Erstgesprächen im Bereich des SGB II

5.3.1 Die Untersuchung

Das Institut für Stadt- und Regionalentwicklung war parallel zu der hier vorgestellten Untersuchung von 2005 bis 2008 an der Implementations- und Governanceanalyse im Rahmen der Evaluation nach § 6c SGB II beteiligt (vgl. FH Frankfurt / infas / WZB 2008). In diesem Rahmen wurden im Kontext einer Teiluntersuchung bei einer Reihe von SGB II-Einrichtungen 178 Erstgespräche im Bereich der „Eingliederung“ beobachtet, auf Band mitgeschnitten, transkribiert und ausgewertet.[3] Es ist sehr reizvoll, einige Ergebnisse dieser Untersuchung mit den

[3] Zum Sample der Fallbeobachtungen im Bereich des SGB II gehörten 20 ausgewählte Standorte aus einer Gesamtstichprobe von 154 SGB II-Einrichtungen, die in die Implementations- und Governanceanalyse einbezogen waren. In den Standorten wurden insgesamt 200 Fallbeobachtungen realisiert; davon mussten 22 Fälle aussortiert werden; dies betraf vor allem Vorsprachen, bei denen es sich eindeutig um Folgegespräche handelte. Für die Analyse verblieben 178 Fälle. Diese Fälle verteilen sich auf jeweils neun „Arbeitsgemeinschaften“ nach § 44g SGB II (ARGEn) und zugelassene kommunale Träger

hier referierten Auswertungen der Gespräche im Bereich des SGB XII zu vergleichen. Abgesehen davon, dass in der vorliegenden Studie Gespräche nicht mitgeschnitten werden konnten, sich die Inhaltsanalyse somit auf ausführliche Gesprächsprotokolle stützen muss, gibt es einige methodische Parallelen: In beiden Untersuchungen wurden zwischen sieben und zehn Gespräche zwischen persönlichen Ansprechpartnern / FallmangerInnen und ihrer Klientel beobachtet und ausgewertet, wobei darauf geachtet wurde, dass jeweils mehrere Fachkräfte beteiligt waren. Die Themen der Gespräche wurden quantitativ ausgewertet und die Gesprächsstruktur wurde identifiziert.

5.3.2 Zentrale Ergebnisse zur Struktur der Erstgespräche

In der Zusammenschau sind in den Fallbeobachtungen zwei grundlegende, maximal kontrastierende Muster der Fallbearbeitung im Erstgespräch zu erkennen: eine an Fürsorgeprinzipien orientierte Arbeitsmarktstrategie („Fürsorgestrategie") einerseits und eine strikt auf Vermittlung und Matching orientierte Arbeitsmarktstrategie („Matchingstrategie") andererseits. Die Fürsorgestrategie findet sich in „idealer" Form bei zkT verwirklicht, während die Matchingstrategie in „reiner" Form vor allem für die Fälle mit getrennter Aufgabenwahrnehmung ist. Bei den ARGEn, so scheint es, koexistieren beide Formen der Fallbearbeitung.

Mit „Fürsorgestrategie" wird ein Vorgehen charakterisiert, welches zu Beginn der Fallbearbeitung darauf setzt, zunächst einen umfassenden Einblick in die soziale und berufliche Situation der KundInnen zu bekommen. Daher ist das Profiling im Erstgespräch das beherrschende Thema, wobei neben beruflichen auch soziale Aspekte stärker berücksichtigt werden als bei einer Form der Fallbearbeitung, die sich ausschließlich an Matching orientiert. Fragen der Stellensuche werden ebenfalls erörtert, sind aber zu diesem Zeitpunkt (noch) von zweitrangiger Bedeutung. Zudem geht es bei der Bearbeitung des Themas Stellensuche vor allem darum, den Stand der Bewerbungsaktivitäten zu erörtern, aber nicht um Stellensuchläufe und Vermittlungsangebote. Die Eingliederungsvereinbarung nach § 15 SGB II wird im Erstgespräch nicht mit jeder Kundin bzw. jedem Kunden besprochen oder abgeschlossen. Wenn sie allerdings in Angriff genommen wird, dann werden die Pflichten der KundInnen detailliert festgeschrieben. Überraschend ist, dass flankierende Leistungen auch in der Fallbearbeitung der zkT nur eine geringe Rolle spielen, auch wenn sie etwas häufiger als bei den anderen beiden Formen der Aufgabenwahrnehmung genannt werden.

Bei einer strikt an „Matching" ausgerichteten Strategie steht schon im Erstgespräch das Thema Stellensuche bzw. -vermittlung eindeutig im Mittelpunkt, wohingegen Profiling als Standortbestimmung das im Vergleich unwichtigste Thema ist. Im Rahmen der Stellensuche stehen die Erstellung des Bewerberprofils sowie Stellensuchläufe und ihre Besprechung eindeutig im Mittelpunkt, wohingegen der Stand der Bewerbungsaktivitäten nur knapp gestreift wird. Auch die Maßnahmeplanung mit KundInnen ist von großer Bedeutung, wird sie doch fast ebenso ausführlich wie die Stellensuche besprochen. Damit ist das Thema Maßnahmeplanung gerade auch

(zkT) sowie zwei Standorte mit getrennter Aufgabenwahrnehmung (gAw). Bei der Zusammenstellung des Samples wurden sowohl Landkreise wie kreisfreie Städte – im Osten wie im Westen – berücksichtigt.

im Vergleich zur Fürsorgestrategie von besonderer Bedeutung. Ganz eindeutig geht es bei dieser Form der Fallbearbeitung auch um die Regulierung des individuellen Arbeitsmarktverhaltens, denn die Eingliederungsvereinbarung wird in jedem Fall besonders ausführlich besprochen und dann auch abgeschlossen. Deutlich wird auch, dass „Fordern“ vor „Fördern“ geht, wird doch über Regeln und Pflichten weit mehr gesprochen als über mögliche Angebote. Letzteres gilt allerdings auch für die Fürsorgestrategie.

Bei den ARGEn fällt zunächst auf, dass die beobachteten Erstgespräche im Kontrast zu den beiden anderen Formen der Aufgabenwahrnehmung besonders kurz sind. Im Übrigen scheinen beide Muster der Fallbearbeitung zu koexistieren. Dies wird deutlich, wenn die thematische Struktur der Erstgespräche bei ARGEn nach dem Dienstherrn aufgeschlüsselt wird. Dann realisieren Fachkräfte mit einem Dienstherrn Kommune weitgehend eine Strategie der Fallbearbeitung, die Profiling in den Mittelpunkt stellt. Demgegenüber verfolgen Fachkräfte mit einem Dienstherrn Agentur für Arbeit deutlich eine Arbeitsmarktstrategie, die Stellensuche und Eingliederungsvereinbarung fokussiert. Dabei gibt es unterschiedliche Formen der Koexistenz: Es gibt „kommunale ARGEn“ mit einem hohen Anteil an Fachkräften aus der Kommune, „Agentur-ARGEn“ mit einem hohen Anteil an Fachkräften aus der Agentur für Arbeit sowie schließlich „gemischte ARGEn“ mit paritätischer Besetzung der Fachkräfte. Bei wenigen ausgesuchten Aspekten zeigt sich eine Nähe der ARGEn zu den Standorten mit gAw, z.B. bei den Inhalten der Eingliederungsvereinbarung und der Differenzierung des Vorgehens im Blick auf unterschiedliche Kundengruppen.

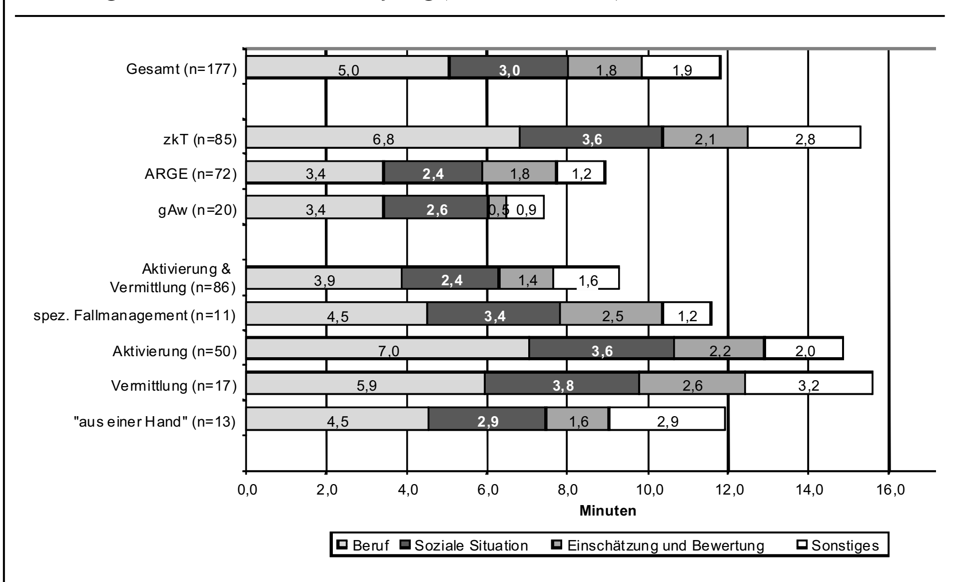
Da sich die Klientel des „Fallmanagements“ im SGB II bzw. SGB XII insbesondere im Hinblick auf die Erwerbsfähigkeit unterscheidet, scheidet die „Matching-Strategie“ als Element eines Vergleichs der Interaktion zwischen Fachkräften und Klientel in den beiden Rechtskreisen aus. Deshalb sollen jetzt einige Ergebnisse zur Durchführung des Profiling im Rahmen des SGB II eingehender referiert werden.

Ein wesentlicher Bestandteil der Beratung in den beobachteten Erstgesprächen ist in der Regel das Erkennen von Themen- und Problemfeldern der Kundin bzw. des Kunden mittels unterschiedlicher Verfahren. In diesem Beratungsteil werden Potenziale der KundInnen ebenso identifiziert wie auch Aspekte, die verhindern könnten, einen Arbeitsplatz auf dem ersten Arbeitsmarkt zu erhalten. Profiling bildet die Voraussetzung dafür, individuell zugeschnittene Strategien im Sinne einer Hilfeplanung – ggf. mit der Kundin bzw. dem Kunden gemeinsam – zu entwickeln. Es dient jedoch zugleich dazu, eine Einschätzung über den Grad des Unterstützungsbedarfes generell zu treffen, um – in den meisten der SGB II-Einrichtungen – zu einer Einstufung in eine Kundengruppen des jeweils verwendeten Segmentierungskonzeptes (z. B. die „Betreuungsstufen“ in den ARGEn bzw. bei Arbeitsagenturen) zu kommen.

Innerhalb des Profilings können besonders zwei große Themengruppen unterschieden werden: Fragestellungen zur sozialen Situation der beratenen Person (soziale Situation) und berufsspezifische Fragestellungen (Beruf).

In nahezu allen beobachteten Erstgesprächen wird ein Profiling durchgeführt (177), jedoch mit unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen. Zunächst fällt auf, dass keineswegs alle Themenfelder in den beobachteten Erstgesprächen überhaupt auftauchen. Lediglich vier Themen werden

Abbildung 1: Einzelthemen im Profiling (Minuten, n = 177)



Datenbasis: Fallbeobachtungen bei 20 ausgewählten SGB II - Einrichtungen im Sommer 2007 (codierte Erstgespräche)
Evaluation der Experimentierklausel nach §6c SGB II - Untersuchungsfeld 2: Implementations- und Governanceanalyse; Abschlussbericht Mai 2008

in den Gesprächen in mehr als der Hälfte der Fälle erwähnt. Das mit Abstand im Vordergrund stehende Thema ist die Frage nach der beruflichen Bildung[4] (152 Nennungen). Zählt man die reine Sammlung der persönlichen Daten hinzu, folgt diese mit 125 Nennungen. Darauf folgen Gesundheit (102) und berufliche Alternativen (95). Die Frage nach privaten Schulden wird in immerhin 73 Fällen Thema, während vor allem weitere, die soziale Situation betreffende Themen wie Sucht (31), Kinder (28) und psychosoziale Situation (6) in den beobachteten Gesprächen eine untergeordnete Rolle spielen (vgl. Abb. 1).

Auf alle Fälle bezogen nehmen von den ca. zwölf Minuten (ca. 30 % der durchschnittlichen Gesamtlänge des Gesprächs), die insgesamt auf Profiling entfallen, die aufsummierten berufsspezifischen Aspekte im Profiling vom Gesamtgespräch den wesentlichen Anteil ein. Aufgeschlüsselt nach den Unterthemen sind es vorwiegend die Fragen nach der beruflichen Biographie und die Gesprächssequenzen, in denen über mögliche berufliche Alternativen gesprochen wird, die in den Erstgesprächen bearbeitet werden. Berufliche Wünsche werden dagegen seltener zum Thema in den Beratungen. Fragestellungen zur sozialen Situation spielen in den Erstgesprächen demgegenüber eine geringere Rolle.

In der Zusammenschau der Ergebnisse des Samples ist zentral, dass berufsspezifische Fragestellungen die bei weitem am häufigsten genannten und auch zeitlich am längsten besprochenen

4 Unter diesem Begriff wurden bei der Codierung sowohl die schulische und berufliche Bildung als auch der berufliche Werdegang der KundInnen subsumiert.

Themen im Profiling sind. Die Besprechung der sozialen Situation der KundInnen spielt demgegenüber eine untergeordnete Rolle. Auffällig ist darüber hinaus, dass auch im Erstgespräch im aktiven Bereich in relevantem zeitlichen Umfang noch die Sammlung – sei es als Abgleich oder als Prüfung – persönlicher Grunddaten stattfindet. In der Unterscheidung zwischen den Formen der Aufgabenwahrnehmung ist vor allem die bei weitem längere Dauer der Gesprächsanteile für Profiling, aber auch die größere Vielfalt der Themen in den Gesprächen bei zkT bemerkenswert. Währenddessen weisen die beiden anderen Formen der Aufgabenwahrnehmung in der Länge und auch in der thematischen Aufteilung ein weitgehend ähnliches Muster auf.

5.3.3 Ein Vergleich der Ergebnisse

Sicher kann ein Vergleich der Ergebnisse beider Studien nur erste Hinweise auf Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Interaktion zwischen Fachkräften und ihrer Klientel in beiden Rechtskreisen geben. Dennoch zeigen sich bereits hier Muster, die auf gravierende Differenzen hinweisen, denen in der weiteren Fachdiskussion nachzugehen sein wird.

Erste Unterschiede zeigen sich im formalen Rahmen und in der Struktur der Gespräche.

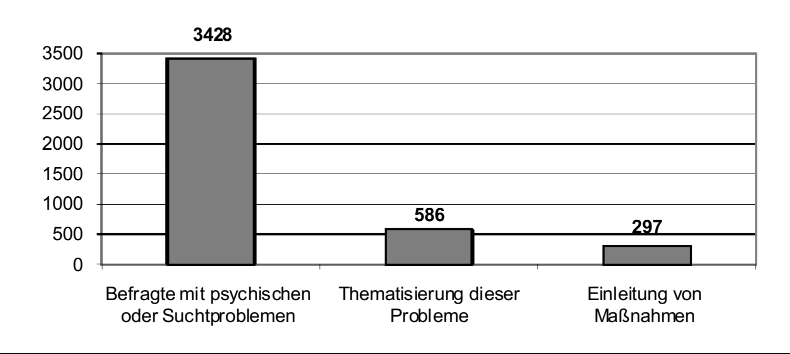
Im Durchschnitt aller in die dargestellte Fallbeobachtung einbezogenen SGB II-Einrichtungen dauerte ein Erstgespräch rund 39 Minuten. Demgegenüber dauerten Gespräche im Bereich des SGB XII 60 Minuten und mehr. Auffällig ist zudem die hohe Anzahl an Gesprächen im Fallmanagement des SGB XII, die es erlaubt, das Assessment über mehrere Sitzungen zu strecken. Dagegen bleiben für ein „Profiling“ selbst bei zugelassenen kommunalen Trägern im Schnitt der beobachteten Fälle nur gut 15 Minuten – immerhin deutlich mehr als bei ARGEn (knapp neun Minuten) oder Standorten mit getrennter Aufgabenwahrnehmung (gut sieben Minuten). Für die SGB II-Fälle liegen noch keine Auswertungen der Gesprächsverläufe vor – es dürfte aber plausibel sein, dass sich eine so kurze zur Verfügung stehende Zeitspanne auf die Qualität des Profiling auswirken dürfte. Ganz im Gegensatz zum Fallmanagement im SGB XII erstreckt sich die Erhebung der Ausgangssituation nicht über mehrere Gesprächstermine hinweg, sondern macht vielmehr im Gegenteil nur einen begrenzten Teil des Erstgesprächs aus.

Deutlich wird die gänzlich unterschiedliche Gesprächsstruktur auch im Hinblick auf die Eingliederungsvereinbarung / die Hilfeplanung. Im SGB II wird in einem guten Drittel der beobachteten Gespräche eine Eingliederungsvereinbarung abgeschlossen – im SGB XII ist es die absolute Ausnahme, die explizit kommuniziert wird, wenn es bereits zu einem frühen Zeitpunkt der Fallbearbeitung dazu kommt, einen Hilfeplan zu erstellen.

Dies hat natürlich viel mit der Klientel zu tun: Im SGB II handelt es sich um erwerbsfähige Arbeitslose, denen häufig nicht mehr fehlt als eine Arbeit,[5] im SGB XII um Menschen, die auf Grund ihrer persönlichen, gesundheitlichen oder sozialen Probleme ins Fallmanagement aufgenommen wurden. Dennoch muss festgehalten werden, dass die hohe Fallzahl und damit auch

5 Schließlich wurden Erstgespräche in der Eingliederung und nicht im spezialisierten Fallmanagement beobachtet. Hier sind u. U. andere Strukturen vorzufinden.

Abbildung 2: Verbreitung von psychischen und Suchtproblemen, deren Thematisierung im Beratungsgespräch und die Einleitung entsprechender Maßnahmen bei 25.209 befragten KundInnen von SGB-II-Einrichtungen. Quelle: ZEW, IAQ & TNS Emnid (2007), erster Bericht zum Untersuchungsfeld 3, Juni 2007, S. 167 [eigene Auswahl und Berechnung].



die im Gegensatz zum SGB XII begrenzten Zeitressourcen ein individuelles Eingehen auf die Klientel häufig nicht zulässt, vorliegende Probleme deshalb teilweise auch gar nicht erkannt werden.

Eine im Rahmen der Implementations- und Governanceanalyse im Jahr 2007 durchgeführte Befragung von fast 6.000 Fachkräften aus 154 SGB II-Einrichtungen zeigt, dass zwar nur 22% der MitarbeiterInnen von zugelassenen kommunalen Trägern der Meinung sind, dass die Zeit für das Erstgespräch „zu knapp bemessen" sei, diese Aussage aber von 34% der Vergleichs-ARGEn geteilt wird.[6]

Dass bei einer zu knapp angesetzten Beratungszeit das eine oder andere Problem „außen vor" bleibt, belegt eine andere Teilstudie aus dem Kontext der Evaluation nach § 6c SGB II. Der Zwischenbericht von Untersuchungsfeld 4 („Wirkungsanalyse") aus dem Jahre 2007 (ZEW / IAQ / TNS Emnid 2007) gibt auf der Basis einer großen, repräsentativen Kundenbefragung (ca. 25.000 Befragte) Hinweise auf erhebliche Defizite in der Praxis: Weniger als ein Fünftel der erwerbsfähigen Hilfebedürftigen mit einem existierenden psychischen oder Suchtproblem geben an, über dieses Problem mit der zuständigen Fachkraft bei der Grundsicherungsstelle gesprochen zu haben; und in lediglich der Hälfte dieser Fälle wurde letztlich eine konkrete Unterstützungsmaßnahme eingeleitet (a.a.O., 168) (vgl. Abb. 2).

Nun kann bei psychischen Problemen oder Schulden auch die Scham der Hilfesuchenden dafür verantwortlich sein, dass über dieses Thema nicht gesprochen wurde, bei der Kinderbetreuung

[6] Da es Ziel der Evaluation war, die Leistungsprozesse von zkT einerseits und ARGEn andererseits zu vergleichen, wurde die Gruppe der ARGEn, die in die Untersuchung einbezogen waren, nochmals unterteilt; bei den „Vergleichs-ARGEn" handelt es sich um ARGEn, die mit der Gruppe der zkT statistisch am besten zu vergleichen sind.

ist dies jedoch vermutlich anders – ein Beleg für die „aktive Rolle“, die die persönlichen Ansprechpartner beim „Weghören“ u. U. spielen.

Wie die oben dargestellte Analyse der Gespräche im SGB XII zeigt, stellt „Weghören“ eher die Ausnahme dar. In der Mehrzahl der beobachteten Gespräche nehmen sich die FallmanagerInnen nicht nur die Zeit zu einem intensiven Beratungs- bzw. Assessment-Gespräch, sondern sie entwickeln auch eine Art der Gesprächsführung, die die breite Thematisierung von Problemen zulässt.

Deshalb ist es nicht verwunderlich, dass hier ein breites Themenspektrum angesprochen wird, wohingegen im SGB II das Thema „Arbeit/Beschäftigung“ auch im Profiling klar dominiert.

Dies hat wieder mit der Struktur der Klientel und auch mit dem gesetzlichen Auftrag zu tun, der eine Konzentration auf die Arbeitsmarktintegration nahe legt. Dennoch ist es erfreulich, dass eine Veränderung des Zielkorridors, wie sie das SGB XII durch die Begrenzung auf den Personenkreis der Nicht-Erwerbsfähigen setzt, offenbar dazu führt, dass die Interaktion zwischen Fachkräften und Rat Suchenden hinsichtlich aufgewendeter Zeit, angesprochener Thematik und Art der Gesprächsführung ein gänzlich anderes Aussehen hat als im Kontext des SGB II.

5.4 Besonderheiten des Fallmanagements im SGB XII

Der Vergleich der Interaktionsstrukturen in den Erstgesprächen im Rechtskreis des SGB II mit den Gesprächen im SGB XII hat deutliche Unterschiede gezeigt, die auf einige Besonderheiten des Fallmanagements in diesem Bereich hinweisen.

Wichtig erscheint vor allem, dass durch die deutliche Trennung der leistungsberechtigten Personenkreise entlang des Kriteriums „Erwerbsfähigkeit“ im SGB XII ein sehr breiter Zielkorridor geöffnet wird, in dem „Beschäftigung“ nur ein Ziel unter anderen ist. Die FallmanagerInnen, die hier tätig sind, können angesichts der Tatsache, dass sie es mit nicht erwerbsfähigen Hilfesuchenden zu tun haben, nicht – wie ihre Kolleginnen und Kollegen im Rechtskreis des SGB II – sehr stark auf den Themenbereich „Arbeit/ Beschäftigung“ fokussieren. Sie müssen sich vielmehr mit der Komplexität von Bedarfslagen auseinandersetzen, noch mehr als früher die SachbearbeiterInnen im BSHG.

Dies hat mit den Aufgaben kommunaler Sozialpolitik zu tun. Die Kommune ist der Ort, an dem der komplexe Mix der gesellschaftlichen Wohlfahrtsproduktion ausgewertet und an dem die Defizite, die sich einerseits aus den fehlenden Leistungen der Märkte und der privaten Haushalte und Netzwerke und andererseits aus teilweise unzureichenden monetären Transferleistungen und rechtlichen Regulierungen der bundesstaatlichen Ebene ergeben, kleinteilig bearbeitet werden müssen. Die kommunale Sozialpolitik hat zwei empirisch konzeptionelle Bezugsbegriffe, um die erforderlichen Bewertungen und Festlegungen zur bedarfsgerechten Ergänzung der Wohlfahrtsproduktion vorzunehmen: Dies sind die Begriffe „Lebenslage“ und „Lebensführung“.

Der Begriff der Lebenslage ist seit den 50er Jahren ein zentraler wissenschaftlicher Bezugspunkt für sozialpolitische Bedarfs- und Verteilungsdiskurse. Weisser definiert die Lebenslage eines Menschen als „den Spielraum, den einem Menschen (einer Gruppe von Menschen) die äußeren Umstände nachhaltig für die Befriedigung der Interessen bieten, die den Sinn des Lebens bestimmen“ (Weisser 1956, 986). Bestandteil des Konzepts ist die subjektive Nutzung oder Nicht-Nutzung des Spielraums, was den Begriff der „Lebenslage“ in engen Zusammenhang mit dem erstmals von Max Weber wissenschaftlich verwendeten Begriff der „Lebensführung“ bringt. Müller / Weihrich definieren Lebensführung in Abgrenzung zu gesellschaftlich vorgegebenen Lebensbedingungen wie folgt:

> *„Die Lebensführung ist eine vermittelnde Kategorie zwischen gesellschaftlichen Bedingungen und individuellem Verhalten. Wir fassen sie als individuelle Bewältigungsleistung auf, die auf die aktive Auseinandersetzung mit den gesellschaftlichen Bedingungen gerichtet ist und zugleich das Bemühen verrät, dem eigenen Tun subjektiven Sinn zu verleihen“ (1991, 122).*

Im Prozess der gesellschaftlichen Individualisierung liegt Lebensführung im Schnittpunkt zweier Prozesszyklen (Münch 1984); zum einen in der erheblichen Zunahme der dispositiven Elemente der Lebensführung und zum anderen in den standardisierenden sozialen und biografischen Angleichungsmechanismen, die insbesondere die sozialstaatliche Standardisierung des Lebenslaufs bewirkt. Die Muster moderner Lebensführung werden begrenzt durch die individuellen Handlungsspielräume, die die Lebenslage bestimmen, und durch die privaten Kontexte und Deutungen, wie sie sich aus Lebenszielen, Wertordnungen, Weltbildern sowie aus kollektiv historischen und biografischen Zeithorizonten ergeben (Vetter 1991, 41). Folgende Konstruktionselemente der Lebensführung lassen sich auf der empirisch-operativen Ebene der sozialen Handlungen und der Lebensaktivitäten benennen:

- die Familien- und Haushaltsstrukturen, die Zusammensetzung der Haushalte und die Erwerbsbeteiligung der Haushaltsmitglieder,
- die Muster des Konsums,
- die Zeit- und Aktivitätsbudgets,
- die sozialen Beziehungen und Netzwerke der Haushalte und ihrer einzelnen Mitglieder,
- die Wohnformen,
- die Wertvorstellungen,
- die Lebensziele und Lebenspläne.

Während das SGB II nur den Bereich der Erwerbsarbeit als die zentrale Dimension hervorhebt, die Lebenslagen und Lebensführung der Individuen bestimmen, muss sich das SGB XII mit der gesamten Bandbreite von Risiken auseinandersetzen, mit denen Menschen in unserer Gesellschaft im Hinblick auf die selbstständige Sicherung des sozialkulturellen Existenzminimums konfrontiert sind (vgl. Tab. 1).

Es gibt somit vielfältige Lebenslagen und – hiermit korrespondierend – Lebensführungsmuster, die soziale Teilhabe verhindern und sozialen Ausschluss bedeuten und damit einen Bedarf an

Tabelle 1: Dimensionen prekärer Lebenslagen und Lebensführung

Dimension	exemplarische Merkmale
Einkommen	kein Vermögen, noch nicht oder nicht mehr im Erwerbsalter, fehlende oder geringe Einbindung in familiale Unterhalts- oder Unterstützungssysteme
Erwerbsarbeit	gesundheitliche Einschränkungen oder Behinderung
Gesundheit	physische und psychische Beeinträchtigungen bzw. Erkrankungen, Suchterkrankungen, Behinderungen
Familie / Haushalt	Einpersonenhaushalt, behinderte oder pflegebedürftige Angehörige
soziale Kontakte	soziale Isolation
rechtliche Lage	Strafentlassener, mit Bewährungsauflagen versehen
sozialstaatliche Regulierung	Erwerbsunfähigkeitsrente
Bildung	geringe schulische Bildung, ohne Schulabschluss, unzureichende deutsche Sprachkenntnisse, Analphabetismus

öffentlichen Leistungen auslösen. Häufig sind es Kumulationen dieser Risikodimensionen, die eine Angewiesenheit auf materielle und persönliche Hilfe unausweichlich machen. Wichtig ist die Erkenntnis, dass keines dieser genannten Merkmale ein ausreichender Indikator für den Bedarf an komplexen sozialarbeiterischen Dienstleistungen ist. Im Gegenteil: Viele Merkmale verweisen sehr genau auf einen spezifischen Bedarf, welchem durch einen Geldtransfer, eine Sachleistung oder ein infrastrukturelles Angebot abgeholfen werden kann. Entscheidend ist die subjektive Lebensführung: Von ihr hängt ab, ob die Hilfesuchenden in der Lage sind, die genannten Angebote anzunehmen und zu nutzen, oder ob sie hierbei Unterstützung benötigen. Für die Sozialhilfe ist dies im Grundsatz der Selbsthilfe niedergelegt, der impliziert, dass eine Person, die in eine Notlage geraten ist, zunächst die erforderliche Geld- oder Sachleistung bekommt und dann ausreichend Zeit erhält, sich selbst zu stabilisieren und zu helfen. Jede Dienstleistungsstrategie in der Sozialhilfe muss dieses sozialrechtliche und sozialarbeiterisch fachliche Prinzip beachten. Ein wesentlicher Leistungsprozess der Sozialhilfe ist die individuelle Feststellung der Bedarfslage (Eingangsqualität) und die damit verbundene Begrenzung der Leistungstiefe der Sozialhilfe. Strategisch muss die auf Einzelfallsystematik und individuellem Ermessen beruhende Sozialhilfe im Verbund mit anderen Leistungssystemen sozialer Kommunalpolitik eine einzelfallübergreifende Strategie der Bearbeitung der o. g. Risikodimensionen implementieren. Allerdings ist eine weitergehende Hilfe, so z. B. Fallmanagement, dann notwendig, wenn es den Hilfebedürftigen nicht gelingt, ihre Lebensführung auf sich selbst gestellt oder im Rückgriff auf die genannten spezifischen Leistungen zu bewältigen.

Tabelle 2: Behandelte Themen nach Eintrag im Beobachtungsprotokoll, N = 17, Quelle: Gesprächsprotokolle

Themenbereich	Anzahl der Nennungen
Gesundheit / Sucht	15
privates Umfeld	6
Arbeit / Beschäftigung	8
Wohnen	11
Finanzen	6
psychischer Zustand	2
soziales Umfeld	10

Angesichts dieser Ausgangslage ist die thematische Breite der im Rahmen des Forschungsprojektes beobachteten Gespräche bzw. der weiteren Fallbearbeitung folgerichtig. Hierfür gibt es zwei Quellen, die Aufzeichnung / Protokollierung der Gespräche (n = 17) und die Leistungsdokumentation (n = 14). Insgesamt wurden in den 17 Gesprächen von den BeobachterInnen eine ganze Reihe von explizit behandelten Themen identifiziert[7] (vgl. Tabelle 2).

Mit Tabelle 3 werden die Protokollnotizen der BeobachterInnen mit den Eintragungen der FallmanagerInnen kontrastiert. Hierdurch wird ein Eindruck von der Gewichtung der Themen durch die Professionellen gewonnen.

Tabelle 3: Behandelte Themen nach Eintrag in Leistungsdokumentation, N = 17, Quelle: Eintrag in den Leistungsdokumentationen

Themenbereich	Anzahl der Nennungen
Gesundheit / Sucht	10
privates Umfeld	7
Arbeit / Beschäftigung	7
Wohnen	5
Finanzen	5
psychischer Zustand	4
soziales Umfeld	3

[7] Da sich die FallmanagerInnen bzw. die KlientInnen gegen eine Aufzeichnung der Gespräche sperrten, stützt sich die Auswertung ausschließlich auf die Gesprächs- bzw. Beobachtungsprotokolle.

Auch hier zeigt sich eine hohe Bandbreite angesprochener Themen, gleichzeitig offenbart sich eine deutliche Parallele zu den insgesamt thematisierten Lebensbereichen von Tabelle 2. In zwölf der 14 Fälle wurden – abgesehen vom Assessment – in der Fallbearbeitung drei oder mehr Themen aufgegriffen, d.h. zumindest besprochen. Damit verstärkt sich das oben gewonnene Bild: Zentrales Instrument des Fallmanagements im SGB XII ist das persönliche Gespräch, in dem die Lebenssituation der KlientInnen breit aufgegriffen wird. Demgegenüber tritt die „Leistungssteuerung“ an beiden Standorten deutlich in den Hintergrund.

Dies könnte mit der Besonderheit des Fallmanagements im SGB XII zu tun haben. Im SGB XII geht es nämlich vorwiegend um „Statusreparatur“ (Allmendinger 1999). Allmendinger hat auf die Differenz von staatlichen Strategien der Statuserzeugung (z.B. aktive Bildungspolitik) und der Statusreparatur (z.B. Sozialpolitik) verwiesen; gerade im Rahmen der Bekämpfung von Arbeitslosigkeit sichert eine Bildungs- und Qualifizierungsstrategie für gefährdete Bevölkerungsgruppen eine nachhaltige Erwerbsintegration und eine Chance auf selbstständige Lebensführung. Diese Strategie scheidet dann weitgehend aus, wenn eine Re-Integration in das Beschäftigungssystem keine realistische Perspektive darstellt. Damit ist aber den Betroffenen eine für die deutsche Gesellschaft wesentliche Orientierungsmarke der Lebensführung, nämlich Erwerbsarbeit, genommen. Die „Statusreparatur“ findet somit unter der ungünstigen Bedingung statt, dass ein zentrales Element des gesellschaftlichen Status nicht oder nur eingeschränkt zur Disposition steht.

Dies bedeutet, dass die FallmanagerInnen nicht nur mit einer großen Bandbreite von Lebenslagen und Problemen der Lebensführung ihrer Klientel konfrontiert sind, sondern auch individuell ausgerichtete Ziele im Hinblick auf komplexe Lebensführungsmuster formulieren müssen, in denen die Strategie der Erwerbsorientierung zwar noch „durchscheint“, aber – wenn überhaupt – nur geringe Erfolgsaussichten verspricht. Sie müssen über einen großen Fundus von Kenntnissen und Kompetenzen verfügen, um ein fachgerechtes Assessment durchführen zu können. Wichtiger aber noch ist die Fähigkeit zum „Ringen mit der Perspektivlosigkeit“, d.h. trotz nur eingeschränkt möglicher Erwerbsorientierung den Hilfesuchenden zu einer eigenständigen und möglichst zufriedenstellenden Lebensführung zu verhelfen. Dies erfordert einen „langen Atem“ und teilweise einen engen Kontakt zu den Hilfesuchenden. Sowohl in der quantitativen Evaluation wie auch in der qualitativen Analyse der Fallverläufe konnte eine hohe Beratungsdichte festgestellt werden, d.h. pro Fall gab es eine ganze Reihe von Gesprächen. Demgegenüber treten die planerischen und managerialen Aspekte des Fallmanagements (Hilfeplan, Hilfeplanfortschreibung, Steuerung von Dritten) deutlich zurück. Letzteres kann mit der Zeitperspektive zusammenhängen, hat seinen Grund aber auch darin, dass den FallmanagerInnen im SGB XII stark die Aufgabe zufällt, Lebensführungsmuster zu stabilisieren bzw. den Aufbau neuer Lebensführungsmuster zu unterstützen. Die Anteile des Fallmanagements, die der klassischen Einzelfallhilfe in der Sozialarbeit entlehnt sind, spielen im Arbeitsalltag der FallmanagerInnen eine dominante Rolle. Damit geraten die Professionellen aber in ein ebenso klassisches Handlungsdilemma: Je mehr sie selbst über „Beziehungsarbeit“ stabilisierend und / oder sinnstiftend auf ihre Klientel einwirken, umso schwerer wird es für sie selbst und für die Hilfesuchenden, Distanz zu schaffen, Dritte mit Aufgaben zu betrauen, den „Fall“ zu steuern, statt die Person zu betreuen.

Das Handlungskonzept „Case Management“ beinhaltet sowohl die Orientierung am Einzelfall („Case“)[8] wie auch die managerialen Elemente der Steuerung Dritter. Die Ergebnisse des Projekts zeigen, dass die Orientierung am Einzelfall für die spezifische Klientel der EmpfängerInnen von Leistungen des SGB XII auch eine ausgeprägte Unterstützungsarbeit beinhalten kann und muss. Diese Klientel benötigt professionelle „Unterstützer“, die sie teilweise überhaupt erst in die Lage versetzen, Dienstleistungen Dritter in Anspruch zu nehmen.

5.5 Fazit

Ein zentrales Ziel des Pilotprojekts bestand darin, die Möglichkeiten des Fallmanagements bei der Unterstützung von Hilfebedürftigen im SGB XII auszuloten und die Bedingungen seiner Implementierung exemplarisch an zwei Standorten zu untersuchen.

Die wissenschaftliche Begleitung konnte schon zu Beginn des Projekts konstatieren, dass an beiden Standorten eine fundierte fachliche Orientierung i. S. des neuen SGB XII oder ein dementsprechendes hilfepolitisches Leitbild kaum erkennbar und Aktivierungselemente in der Sozialhilfe in der Praxis überwiegend unbekannt waren. Gesetzlich vorgegebene Instrumente waren nicht entwickelt (Leistungsabsprache, Hilfeplan, Gesamtplan). Sozialhilfe war in den Augen der meisten im Zuge der „Ist-Analyse“ Befragten auf materielle Leistungsgewährung beschränkt, es gab kaum Selbstverständnis im Hinblick auf eine Entwicklung hin zu einer umfassenderen Zuständigkeit.

Seither gab es an beiden Standorten erhebliche positive Veränderungen, gleichzeitig zeigen sich aber Strukturprobleme, die mit der Zielgruppe und den bestehenden Hilfestrukturen zusammenhängen.

Auf die Veränderung der Zielgruppe im Übergang vom BSHG ins SGB XII waren die untersuchten Organisationen nicht vorbereitet. So existierte kein Zielsystem, das der neuen Gesetzeslage angemessen gewesen wäre. Zwar wurde an einem Standort das Projektziel formuliert, „ein menschenwürdiges Leben in der Sozialhilfe“ zu sichern, doch bestand keine Klarheit, was darunter zu verstehen sei und das Ziel wurde auch nicht operationalisiert. Allerdings wäre es falsch, diese Lücke den lokalen Akteuren zuzuschreiben. Auch die wissenschaftliche Begleitung, die politischen Gremien auf lokaler, aber auch auf Landes- und Bundesebene wie auch die wissenschaftliche Öffentlichkeit haben das Problem, welche Perspektiven mit einem Leben in der Sozialhilfe jenseits von „Beschäftigung“ verknüpft sind und vor allem, wie ein solches Leben unterstützt werden kann, weitgehend ausgeblendet. Die Orientierung des politischen und des wissenschaftlichen sozialpolitischen Diskurses am Paradigma der – auf Beschäftigung ausgerichteten – „Aktivierung“ von Hilfesuchenden, der in allen Staaten der OECD seit Anfang der 90er Jahre um sich griff, hat eine Lücke gerissen im Hinblick auf die Frage, wie mit dem „Ringen mit der Perspektivlosigkeit“ praktisch umzugehen ist. Zwar gestehen sich alle Akteure (zumindest insgeheim) ein, dass „Vollbeschäftigung“ kaum zu erreichen ist, doch bleibt die Orientierung am „Arbeitsmarktbürger“ bzw. der „Arbeitsmarktbürgerin“ bestehen.

---

8 Insofern steht „Case Management“ in der Tradition der sozialarbeiterischen Einzelfallhilfe – dem „Case Work“.

Daneben stehen die Routinen der Leistungssachbearbeitung in den Sozialämtern und bestimmen den Arbeitsalltag. Dies bedeutet, dass die Implementierung von Fallmanagement von vornherein darunter leidet, dass zwar eine grundlegende Qualifizierung in Konzept und Methode vermittelt wurde, dass aber die „Erfolgskriterien“ vage bleiben, zumindest soweit nicht der Übergang der KlientInnen in den Leistungsbereich des SGB II ins Auge gefasst werden kann. Die mit dem Fallmanagement verbundene intensivere Betreuung eines Teils der Klientel erscheint damit als „privilegierte Behandlung“ sowohl der ausgewählten Leistungsberechtigten wie auch der KollegInnen, die mit einer geringeren Fallrelation arbeiten (dürfen), ohne dass deutlich wird, was sie eigentlich mit welchem Erfolg tun. Gerade wenn die Belastung im „Normalbetrieb“ zunimmt (was an beiden Standorten der Fall war), bilden sich schnell Konkurrenzen zwischen Sachbearbeitung und Fallmanagement aus. Diese Konkurrenz wurde noch dadurch gefördert, dass die SachbearbeiterInnen eine Qualifizierung erhielten, um Screenings durchführen zu können, was sie in ihrem Selbstbewusstsein im Hinblick auf eigene Beratungskompetenzen stärkte.

Das Problem wurde durch den Umstand verschärft, dass die Unterstützung durch die Leitungsebene an beiden Standorten am unklaren Zielsystem litt. Die SachgruppenleiterInnen mussten eine schwierige Führungsaufgabe bewältigen, da einerseits die tradierten Strukturen der Leistungsgewährung gepflegt werden, andererseits aber auch hier neue Haltungen und Verfahrensweisen entwickelt werden mussten. So konnte die neue Aufgabe des Fallmanagements nur mit sehr „langem Atem“ implementiert werden. Es gab wenig Orientierung für die Bewältigung der skizzierten Konkurrenzen in der Mitarbeiterschaft, aber einen diffusen Erfolgsdruck auf das Fallmanagement.

Das breite Spektrum der im Fallmanagement formulierten Ziele macht deutlich, dass es keine eindeutige Antwort auf die Frage gibt: Was braucht die Klientel? Abstrakt geht es um die Sicherung des Überlebens von Hilfesuchenden in einer diffusen gefährdeten Lebenssituation. Diese Lebenssituation lässt sich für die Personen, die Hilfen nach Kapitel 3 des SGB XII erhalten, nicht allein dadurch bearbeiten, dass auf spezialisierte und partikularisierende „Bearbeitungsroutinen“ zurückgegriffen wird wie im Falle gesetzlich definierter Zielgruppen wie Suchtkranken, psychisch Kranken, Behinderten oder Wohnungslosen. Für diese Personengruppen gibt es „Normalisierungsprogramme“, geklärte Zuständigkeiten, ein System von Trägern – diese definieren und bearbeiten aber häufig die Probleme der Lebensführung unter einer je spezifischen und damit eingeschränkten Perspektive. Wenn eine solche Kategorisierung nicht erfolgen kann bzw. nicht greift, gleichzeitig die Orientierung am Arbeitsmarkt wenig Erfolg versprechend ist, müsste konzeptionell Neuland betreten werden.

Zugespitzt formuliert kann im SGB XII eine „doppelte Marginalisierung“ beobachtet werden: Die Klientel wird gesellschaftlich und sozialpolitisch an den Rand gedrängt und die Professionellen (in der Sachbearbeitung und im Fallmanagement) verfügen über keine weitergehende (konkrete) Orientierung, als das materielle (Über-)Leben zu sichern (was schon sehr viel ist!), – in Zeiten der „Aktivierungseuphorie“ ist diese Ausrichtung aber eher „randständig“, da sie nur Geld kostet, aber wenig zählbare Erfolge (etwa im Sinne der Reduktion der Zahl von Hilfesuchenden) verspricht.

Damit wird deutlich, dass die im Zuge der Untersuchung festgestellten Implementierungsprobleme an beiden Standorten struktureller Natur sind.

Die spezielle Lebenssituation der Klientel hat auch Folgen für die konzeptionelle Ausrichtung und die Praxis des Fallmanagements. Der Betreuungsaufwand im Einzelfall ist hoch, was sich nicht nur an der Dauer der Betreuung, sondern auch an der Zahl der Beratungskontakte zeigt. Damit gewinnen die Elemente des Fallmanagements, in denen es um die Interaktion zwischen Ratsuchenden und Professionellen geht, gegenüber den Managementelementen (z. B. der Steuerung der Leistungen Dritter) an Bedeutung. Die „persönliche Unterstützung", die als „persönliche Hilfe" im Leistungsspektrum des BSHG enthalten war, erhält erhöhte Bedeutung. Die Klientel des Fallmanagements ist häufig nicht in der Lage, ohne massive Unterstützung Angebote und Hilfen Dritter in Anspruch zu nehmen – dies bedeutet, dass zunächst eine Förderung der Inanspruchnahmefähigkeit der Klientel erfolgen muss, bevor die in Anspruch genommenen Leistungen gesteuert werden können.

Mit der Einführung eines „Screenings"[9] an beiden Standorten wurde die Sachbearbeitung qualifiziert, um die psychische und soziale Seite des Bezugs von Sozialhilfe besser erkennen zu können. Damit wurde die Tätigkeit der SachbearbeiterInnen aufgewertet, sie enthält jetzt deutlicher als vorher das Element der persönlichen Unterstützung. Allerdings verschwimmen die Grenzen zum Fallmanagement, wenn dessen Ziele und dessen Leistungen nicht klar definiert sind. Und zum Leistungsspektrum des Fallmanagements gehört eindeutig die Steuerung der Leistungen Dritter – das unterscheidet Fallmanagement von klassischer „Einzelfallhilfe". Die Praxis des Fallmanagements enthält zwar auch ein bestimmtes methodisches Vorgehen (Assessment – Zielvereinbarung – Hilfeplanung), dies allein macht aber noch nicht die Spezifik des Handlungskonzeptes aus. Diese tritt erst dann hervor, wenn aus der Hilfeplanung heraus „gemanagt" wird, d.h. andere Leistungsträger ins Spiel gebracht und gesteuert werden.

Die Besonderheit des Fallmanagements im SGB XII besteht offenbar darin, dass die Unterstützungsarbeit viel Raum und Zeit einnimmt (und hier die Unterschiede zu dem professionellen Handeln in der Einzelfallhilfe nicht sehr groß sind). Dies muss bei zukünftigen konzeptionellen Überlegungen in diesem Arbeitsfeld berücksichtigt werden.

Literatur

ALLMENDINGER, J. 1999: Bildungsarmut: Zur Verschränkung von Bildung- und Sozialpolitik, in: Soziale Welt Heft 1. 35-50.

FH FRANKFURT / INFAS / WZB 2008: Zweiter Bericht durch den Forschungsverbund. Evaluation der Experimentierklausel nach § 6c SGB II – Vergleichende Evaluation des arbeitsmarktpolitischen Erfolgs der Modelle der Aufgabenwahrnehmung „Optierende Kommune" und „Arbeitsgemeinschaft". Untersuchungsfeld 2: Implementations- und Governanceanalyse, Frankfurt am Main / Bonn / Berlin.

---

9 Dabei handelt es sich um ein formalisiertes Verfahren, bei der Klientel komplexe Problemlagen und damit potenziellen Bedarf an Leistungen des Fallmanagements festzustellen.

MINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES, QUALIFIKATION UND TECHNOLOGIE DES LANDES NORDRHEIN-WESTFALEN (MASQT) 2000: Modellprojekt „Sozialbüros“ NRW. Endbericht. Düsseldorf.

MÜLLER, H.-P. / WEIHRICH, N. 1991: Lebensweise und Lebensstil. Zur Soziologie moderner Lebensführung, in: VETTER, H.-R. (Hrsg.): Muster moderner Lebensführung, Weinheim und München.

MÜNCH, R. 1984: Die Struktur der Moderne, Frankfurt am Main.

STEINERT, H. 1998: Kulturindustrie, Münster.

VETTER, H.-R. 1991: Lebensführung – Allerweltsbegriff mit Tiefgang, in: VETTER, H.-R. (Hrsg.): Muster moderner Lebensführung. Weinheim und München.

WEISSER, G. 1956: Wirtschaft, in: ZIEGENFUß: Handbuch der Soziologie, Stuttgart.

ZEW / IAQ / TNS EMNID 2007: Erster Bericht durch den Forschungsverbund. Evaluation der Experimentierklausel nach § 6c SGB II – Vergleichende Evaluation des arbeitsmarktpolitischen Erfolgs der Modelle der Aufgabenwahrnehmung „Optierende Kommune“ und „Arbeitsgemeinschaft“. Untersuchungsfeld 4: Wirkungs- und Effizienzanalyse, Mannheim/Gelsenkirchen/Bielefeld, unv. Ms., http://www.bmas.de/coremedia/generator/22396/property=pdf/f362_forschungsbericht.pdf (04.06.2008)

Autoren

Prof. Dr. Claus Reis lehrt an der Fachhochschule Frankfurt am Main im Fachbereich Soziale Arbeit und ist geschäftsführender Direktor des ISR-Instituts für Stadt- und Regionalentwicklung.

Martina Schu, Geschäftsführerin bei der FOGS GmbH in Köln, Arbeitsschwerpunkte wissenschaftliche Begleitung und Evaluation von Modellprojekten im Gesundheits- und Sozialbereich, Beratung sozialwirtschaftlicher Unternehmen, Beratung, Schulung und Evaluation von Case Management. FOGS GmbH, Prälat-Otto-Müller-Platz 2, 50670 Köln,
E-Mail: schu@fogs-gmbh.de

Ingrid Gissel-Palkovich

6 Case Management

Chancen und Risiken für die Soziale Arbeit und Aspekte seiner Implementierung in soziale Organisationen

Case Management wird als Methode[1] im Rahmen der Sozialen Arbeit in Deutschland seit Ende der 80er Jahre rezipiert (ausführlich Wendt 1995 und 2001; Löcherbach et al. 2002; Neuffer 2002; van Riet / Wouters 2002). In jüngster Zeit hat es im Rahmen der Zusammenlegung der Arbeitslosenhilfe und der Sozialhilfe (Sozialgesetzbuch II) zunehmende Bedeutung und öffentliche Aufmerksamkeit erlangt. So führt der Gesetzgeber in seiner Begründung zum Sozialgesetzbuch II (SGB II) den Begriff des Fallmanagers ein (BT-Dr. 15/1516, 54) und orientierungsgebende Publikationen nehmen Bezug auf den Begriff und die Methode des „Case Managements“. Beispielsweise definiert die Bertelsmann Stiftung (2002, 8): „Fallmanagement (hier gebraucht als deutsche Fassung des angelsächsischen Begriffs ‚case management‘) ist eine besondere Konzeption und Technik der Vermittlung sozialer Dienste und der Gestaltung sozialer Arbeit“. Der Deutsche Verein (2004) führt aus: „Vor dem Hintergrund wissenschaftlich evaluierter Erfahrungen aus den USA, Großbritannien und der Bundesrepublik (u. a. Projekt des Landes NRW 1999) sind große Parallelen zwischen dem in der Gesetzesbegründung zum § 14 SGB II erwähnten ‚Fallmanagement‘ und dem Konzept des ‚Case Managements‘ festzustellen“. Nach dem Ministerium für Wirtschaft und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (2003, 3f.) ist „Fallmanagement“ als eine Spezifikation des Handlungskonzeptes Case Management für das Arbeitsfeld der Beschäftigungsförderung anzusehen.[2] Damit wird ein Handlungsansatz der bisher vorwiegend in der Sozialen Arbeit Anwendung fand, in das Feld der Beschäftigungsförderung eingeführt und gelangt in die öffentliche Diskussion.

Während Case Management in der Sozialen Arbeit bisher weitestgehend aus den eigenen Reihen heraus als Methode für die Fallbearbeitung (Mikroebene) bzw. als Systemsteuerungskonzept (Mesoebene) Interesse gefunden hat, wird seine Einführung in das Arbeitsfeld der Beschäftigungsförderung durch den Gesetzgeber nahegelegt. Case Management wird damit für einen bedeutenden arbeitsmarkt- und sozialpolitischen Bereich quasi als politischer Auftrag formuliert und als sozialpolitisches Steuerungsinstrument (Makroebene) implementiert. Diese Ent-

[1] Methoden werden als Handlungskonzepte definiert, die ein mehr oder weniger systematisches Arbeiten gewährleisten. „Methoden der Sozialen Arbeit“ sind Bestandteil sozialarbeiterischer / sozialpädagogischer Konzepte. (Zum Methodenbegriff und Rahmenbedingungen methodischen Handelns in der Sozialen Arbeit siehe Galuske / Müller 2001; Galuske 2002, 11ff.).

[2] In diesem Sinne wird nachfolgend von „Case Management“ gesprochen, wenn seine konzeptionelle Entwicklung und Umsetzung in sozialen Organisationen im Mittelpunkt steht und von „Fallmanagement“, wenn das Feld der Beschäftigungsförderung gemeint ist.

wicklung zeigt eine Tendenz, die sich ebenso in Bereichen der Sozialen Arbeit wiederfinden lässt. So schreibt das Zuwanderungsgesetz seit dem 1.1.2005 vor, dass die Migrantenerstberatung im Rahmen des Case-Management-Ansatzes zu erfolgen hat. Festzustellen ist somit ein Bedeutungszuwachs von Case Management und eine Tendenz seiner Implementierung als sozialpolitischen Auftrag, der auch vor den Feldern der Sozialen Arbeit nicht Halt macht.

Damit erhalten Fragen nach den Möglichkeiten und Auswirkungen von Case Management im Kontext Sozialer Arbeit, seiner theoretischen und methodischen Ausgestaltung sowie seiner Implementierung in soziale Organisationen[3] aktuelle Evidenz. Die Reflexion von Case Management steht jedoch vor dem Problem, dass es *das* Case-Management-Konzept nicht gibt, sondern es sich um einen relativ offenen Ansatz handelt, der in den verschiedensten Bereichen einsetzbar ist, den Anwendern vielfältige Ausgestaltungsmöglichkeiten gibt und mit unterschiedlicher Zielsetzung und Reichweite (z. B. als ein auf die Einzelfallarbeit begrenztes Methodenkonzept oder als sozialpolitisches Steuerungsinstrument) betrieben werden kann. Entsprechend sind in der Literatur als auch in der Praxis die verschiedensten Formen zu finden, die immer wieder zu Klärungsbedarf führen und kritisch zu reflektieren sind. So äußert sich die Heterogenität der Case-Management-Ansätze beispielsweise in einer unterschiedlichen Betonung konzeptioneller Leitlinien und handlungsleitender Prinzipien (z. B. Effizienz, Empowerment), in abweichenden Phasenmodellen und Phasenbezeichnungen,[4] bis hin zu differierenden Schwerpunktsetzungen in der Frage von Case Management als eher Beratungs- oder Steuerungsansatz. Hinzu kommt, dass in der deutschsprachigen Literatur zum Case Management die Praxis- und Anwendungsebene, d. h. die Ebene der Instrumente und Techniken, oftmals wenig ausgearbeitet bleibt und es damit an orientierenden Elementen für die Ausgestaltung der konkreten Handlungsebene fehlt (vgl. Willener / Woodtly im Vorwort zu Riet / Wouters). Auch scheint die Übernahme des Begriffes „Case Management" in den deutschen Kontext bzw. seine deutsche Übersetzung „Fallmanagement" mehr Unklarheiten als Eindeutigkeiten geschaffen zu haben, da für den Fallbegriff unterschiedliche Verständnisweisen anzutreffen sind[5] (vgl. Hansen 2005, 107; Wendt 2002, 14; hierzu auch Flick 2000, 179).

Ein Schritt zu einem einheitlichen, qualitätssichernden Profil von Case Management ist mit den von der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit (DGS) u. a. entwickelten „Standards und Richtlinien für die Weiterbildung: Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen" (www.case-manager.de) erfolgt. Mit ihnen werden Zulassungsvoraussetzungen, Inhalt und Umfang

---

[3] Unter dem Begriff „Soziale Organisationen" werden staatliche (z. B. Jugendämter, Sozial- und Jugendverwaltungen) und private (z. B. Wohlfahrtsverbände, Jugendverbände) Organisationen erfasst, die als Träger der Sozialen Arbeit institutionell in die Trägerstruktur Sozialer Arbeit eingebettet sind und an die entsprechende Funktionserwartungen bestehen.

[4] In der Literatur und Praxis finden sich die verschiedensten Phasenmodelle wieder (z. B. Neuffer 2001; Riet / Wouters 2002). Trotz teilweise verschiedener Bezeichnungen der einzelnen Phasen und unterschiedlicher Ausdifferenzierung sind die mit den einzelnen Phasen verbundenen Inhalte jedoch ähnlich.

[5] Während im traditionellen Fallverständnis der Sozialen Arbeit der Begriff sich eher auf einen einzelnen Menschen bezieht, der durch verschiedene Definitions- und Zuschreibungsleistungen zu einem „Fall" wird, gehen klärende Interpretationen des Fallverständnisses im Case Management davon aus, dass der Fallbegriff sich auf eine problematische Gesamtsituation bezieht (vgl. Wendt 2002, 14 und 2004, 48).

für die Weiterbildung zu Case ManagerInnen beschrieben und durch eine entsprechende Zertifizierung der weiterbildenden Institute und der WeiterbildnerInnen versucht zu gewährleisten. Beispielsweise verweisen die Standards auf die ethische Dimension von Case Management und binden diese an die berufsethischen Grundsätze der ausführenden Professionen. Sie betonen explizit, dass Case Management eine Nutzerorientierung beinhaltet, die der Sicherung der Klienten- bzw. Patientenperspektive dient und eine ausschließlich ökonomische Orientierung gegen die Grundsätze des Case Management verstößt. Des Weiteren beziehen sie sich auf Inhalte des Fallmanagements und des Systemmanagements und definieren somit Case Management als Fall- und Systemsteuerungskonzept. Auch wenn diese Standards lediglich einen groben Rahmen für Weiterbildungsprogramme zur Case Managerin / zum Case Manager skizzieren, professionsübergreifend ausgerichtet sind und erhebliche Ausgestaltungsmöglichkeiten zulassen, sind damit verbindliche Inhalte von Case Management definiert, die nicht nur dem Weiterbildungssektor, sondern auch der Praxis in ihren Ausgestaltungs- und Umsetzungsbestrebungen Orientierung geben können.

Obwohl Case Management im Trend liegt, hält sich die Praxis jenseits der sozialpolitisch definierten Felder mit seiner Implementierung nach wie vor eher zurück. So stößt es zwar in den verschiedensten Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens schon seit längerer Zeit und zunehmend auf theoretisches Interesse, doch bleiben die Umsetzungsbestrebungen oftmals auf Modellprojekte begrenzt (vgl. die Anwendungsbeispiele in Löcherbach u. a. 2002.), finden sich lediglich Versatzstücke des Ansatzes in der Praxis wieder oder wird von Case Management gesprochen, aber traditionelle Einzelfallhilfe geleistet. Die Gründe für die zurückhaltende Implementierung liegen möglicherweise in den damit verbundenen Anforderungen an die Organisationen und Akteure. So ist eine angemessene und erfolgversprechende Einführung von Case Management mit erheblichen internen und externen Veränderungen der Organisations- und Kooperationsstrukturen und -kulturen verbunden. Des Weiteren erfordert es von einigen sozialpädagogischen Leitungs- und Fachkräften eine Abkehr von einem eher beraterisch-therapeutischen Selbstverständnis hin zu einem Selbstverständnis, das Managementanteile integriert. Hinzu kommt, dass es im deutschsprachigen Raum in Bezug auf Case Management noch an ausreichender Wirkungsforschung fehlt. So scheint bisher nicht geklärt, ob die mit dem Ansatz verbundenen Grundannahmen, wie eine Effizienz- und Effektivitätssteigerung, Erhöhung der subjektiven Zufriedenheit der NutzerInnen, Abbau von Defiziten bei den Adressaten, Erhöhung der MitarbeiterInnenzufriedenheit in den beteiligten Institutionen, empirischen Bestand haben.

Festzustellen ist somit, dass ein in der Sozialen Arbeit bisher eher moderat eingeführter, immer noch unzureichend wissenschaftlich ausgearbeiteter und erforschter, in vielfältiger Weise auslegbarer Methodenansatz innerhalb der Sozialen Arbeit und ihren nahen Arbeitsfeldern zunehmend Bedeutung erlangt und darüber hinaus die methodische Grundlage für eine der bisher gravierendsten sozialpolitischen Umsteuerungen in der Bundesrepublik Deutschland bildet.

Vor diesem Hintergrund ist es mehr denn je notwendig, die Möglichkeiten und Grenzen von Case Management für die Felder und die Organisationen Sozialer Arbeit auszuloten. Nachfolgend sollen im ersten Schritt Aspekte aufgezeigt werden, die darauf hinweisen, dass Case Management der sozialarbeiterischen Praxis methodische Unterstützung bei der Bewältigung der an sie gestellten Anforderungen, insbesondere der Bewältigung des Spagates zwischen gestiegenen Anforderungen und abnehmenden bzw. stagnierenden Ressourcen, geben kann. Im zweiten Schritt werden Faktoren herausgearbeitet, die bei seiner Anwendung in der Sozialen Arbeit

kritisch zu reflektieren sind, skizziert, dass ein nicht unerheblicher Konturierungs- und Weiterentwicklungsbedarf des Ansatzes im Sinne einer sozialarbeiterischen / sozialpädagogischen Profilbildung besteht und anschließend der Blick auf die Implementierung von Case Management in soziale Organisationen und damit verbundenen Maßnahmen der Organisationsentwicklung gelegt.

6.1 Case Management als Unterstützungskonzept für die sozialarbeiterische Praxis

6.1.1 Methodische Bewältigung von Fallkomplexität

Sozialarbeiterisches Handeln auf der Basis von Case Management ist insbesondere für Menschen mit umfassendem Unterstützungsbedarf angemessen und notwendig. Als eine Zielgruppe von Case Management werden beispielsweise Familien angesehen, die aufgrund ihrer multifaktoriell schwierigen Lebenssituation komplexe Unterstützung benötigen (z. B. Schuldenregulierung, Hilfen zur Erziehung, Ehe- und / bzw. Suchtberatung). Ziel ist es, mit und für den Adressaten soziale Unterstützung in koordinierter Weise zugänglich zu machen, d. h. aufeinander abgestimmte formelle und informelle Unterstützungsleistungen zu organisieren, deren Zusammenarbeit zu koordinieren, ihre Durchführung zu begleiten, zu überprüfen und auszuwerten. Dies erfolgt u. a. durch eine systematisierte Bedarfserhebung und -analyse (Assessment), durch Ziel- und Kontraktvereinbarungen.

Aufgrund gesellschaftlicher Veränderungsprozesse (z. B. Verarmungsprozesse) ist damit zu rechnen, dass die Anzahl der Menschen mit erhöhtem Unterstützungsbedarf weiter zunimmt. Für die Praxis der Sozialen Arbeit und ihre Akteure bedeutetet diese Entwicklung, neben steigenden Fallzahlen, eine Erhöhung der Komplexität der Fallbearbeitung und steigende Anforderungen an die Steuerung der Unterstützungsleistung(en). Die Praxis benötigt daher zukünftig verstärkt Handlungskonzepte wie Case Management, da diese ihr Handeln bei der Beratung und Begleitung von Menschen mit erhöhtem Unterstützungsbedarf methodisch fundieren. So beziehen sich komplexe Problem- und Aufgabenstellungen in der Sozialen Arbeit auf vieldeutige, nicht sofort erfassbare Situationen (vgl. Gissel-Palkovich 2001, 55 ff.), die nicht alleine von der einzelnen Fachkraft, sondern nur durch die Hinzuziehung anderer Unterstützungsleister, oftmals auch aus anderen Professionen (vgl. Galuske 2001, 36f.), bewältigt werden können: Umfangreiche Situationsanalysen werden notwendig, die unterschiedlichsten Institutionen und Personen sind in die Fallarbeit einzubeziehen, Kooperationsvereinbarungen sind zu treffen, auf die Einhaltung der Absprachen ist hinzuwirken und dabei sind die knappen Ressourcen effektiv und effizient einzusetzen. Sozialarbeiterische Handlungsfähigkeit kennzeichnet sich in diesen Situationen, neben dem Aushalten von „Ungewissheit“, u. a. durch die Reduktion von Komplexität durch Prioritätensetzung im Dialog mit den NutzerInnen und durch eine angemessene systematisierte Vorgehensweise. Durch Verfahrenselemente, wie Bedarfserhebung und -analyse (Assessment), durch Prioritätensetzung über Zielvereinbarungen, mit Hilfe von vertraglich geregelten Kooperationen und Netzwerkarbeit, kann Case Management die sozialarbeiterische Praxis bei der Bewältigung komplexer Fallbearbeitungen methodisch unterstützen.

6.1.2 Verbindung von Beratung *und* Management

Case Management verknüpft in einzigartiger Weise die methodischen Elemente personenbezogener Unterstützung und Hilfe mit Elementen des fallbezogenen Managements. So verbinden sich in seiner Verfahrensweise Teile der klassischen sozialen Einzelhilfe (z. B. Beratung, Fall- / Situationsanalysen / Diagnose) *mit* verbindlich anzuwendenden Elementen der Planung, Steuerung und Kontrolle von Hilfeprozessen (z. B. Zielvereinbarungen, Kontrakte, Netzwerkmanagement), ebenso wie fortlaufende Dokumentation und Qualitätssicherung (z. B. NutzerInnenbefragungen) integrale Bestandteile des Ansatzes sind. Damit erfolgt eine Verknüpfung zwischen sozialarbeiterischen Handlungsprinzipien und -formen und managerialen Steuerungselementen, die der Anforderung nach einer transparenten und effizienten Gestaltung von Hilfeprozessen entgegenkommt, ohne dass dabei sozialarbeiterische Leit- und Handlungsprinzipien und methodische Vorgehensweisen vernachlässigt werden.

6.1.3 Effektivitäts- und Effizienzorientierung

Case Management zielt auf eine effektive und effiziente Gestaltung der Hilfeleistung(en), die über eine Systematisierung der Verfahrensweise, durch Steuerung und Überprüfung der Hilfeprozesse und durch die Verknüpfung der Fall- und Systemebene erreicht werden soll. Damit verspricht es methodische Unterstützung bei der Bewältigung des Spagates zwischen der Zunahme der Fallzahlen, der Erhöhung der Komplexität der sozialen Aufgaben- und Problemstellungen und den stagnierenden bzw. abnehmenden (materiellen) Ressourcen. So ist es kein Zufall, dass es seit Ende der 80er / Anfang der 90er Jahre in der Sozialen Arbeit in Deutschland Beachtung findet (z. B. Wendt 1991). Zu diesem Zeitpunkt begann – bei gleichzeitiger Zunahme der Komplexität des Einzelfalls aufgrund gesellschaftlicher Entwicklungen (z. B. Individualisierungsprozesse) – die verstärkte Hinterfragung der sozialen Dienstleistungen bezüglich ihrer Effizienz und Effektivität sowie die zunehmende Anforderung der Öffentlichkeit an die Träger der Sozialen Arbeit und deren Akteure, ihre Leistungen entsprechend zu erbringen. Da Case Management auf Effizienz- und Effektivitätssteigerungen zielt, war und ist es kompatibel mit den sich daraus ergebenden sozialarbeiterischen Aufgaben und sozialpolitischen Zielen.

6.1.4 Verknüpfung der Einzelfallsteuerung mit der Systemsteuerung

Case Management beinhaltet eine enge systematische Verknüpfung der Einzelfallsteuerung mit der Systemsteuerung, die zum Beispiel durch Bedarfs- und Bestandanalysen, durch Angebotsplanung und -steuerung erfolgt. Case Management als Fall- und Systemsteuerungskonzept ernst genommen, zielt auf die Abstimmung der Angebots- und Versorgungsstruktur mit der Steuerung des Prozesses der Aufgabenbewältigung im Einzelfall. Damit wird die einzelfallbezogene Ebene verlassen und fallübergreifend die Verbesserung der Qualität der sozialen Infrastruktur zum Gegenstand und Ziel des Case Managements. Diese Verknüpfung wurde gerade in jüngster Zeit verstärkt herausgearbeitet (vgl. Wendt 2002, 13ff.; insbesondere Löcherbach u. a. 2002).

Für die Rolle und Funktion der im Einzelfall verantwortlichen Fachkraft bedeutet dies, dass ihr Arbeitsauftrag die Mitwirkung an der fallübergreifenden Angebotsplanung und -steuerung einbezieht. Neben der Koordination und Steuerung der im Einzelfall beteiligten sozialen Dienste bzw. anderer Beteiligten, nimmt sie fall- und organisationsübergreifende Aufgabe wahr. Case ManagerInnen in diesem Sinne bewegen sich im sozialen Netzwerk der Region. Sie besuchen Einrichtungen, halten Kontakte zu den leistungserbringenden Akteuren, nehmen an Regionalkonferenzen teil und bringen ihre Kenntnisse und Erkenntnisse in die fallübergreifende Planung ein. Die damit verbundenen Zielvorstellungen liegen in der Verbesserung der Qualität der Unterstützungsleistung(en) durch eine bedarfsorientierte, passgenaue, vernetzende Gestaltung der einzelfallbezogenen Ebene, der Sicherstellung der Versorgung der Menschen mit sozialen Dienstleistungen durch eine angemessene Angebotsstruktur und letztendlich in einem effizienteren Mitteleinsatz.

6.1.5 Stärkung der Eigenverantwortung und Selbstorganisation der NutzerInnen

Case Management ist ein aktivierender Ansatz. Er setzt an den Ressourcen der NutzerInnen an und stärkt, im Sinne des Empowerments (vgl. Herriger 2002; Stark 1996), die Beteiligung und Mitverantwortung der Adressaten. Auf der Einzelfallebene bedeutet Empowerment im Kontext von Case Management, die Selbstbefähigung des Menschen zu stärken, in dem im Rahmen einer gemeinsamen Suche mit dem Nutzer / der Nutzerin seine / ihre, auch verschütteten, Ressourcen wahrgenommen, aktiviert und stabilisiert werden. Dies erfolgt durch ermutigende und stärkende Beratung, durch Information, durch Einsatz von motivierenden Methoden bzw. Techniken. Ein Schwerpunkt der Stärkung der Eigenverantwortung der Nutzer liegt in der Förderung der Motivation, notwendige Leistungsangebote anzunehmen und gegebenenfalls einzufordern. Damit reiht es sich ein in Strategien und Methoden aktivierender Sozialer Arbeit (vgl. Dahme / Wohlfahrt 2002, 13).

6.2 Kritische Erfolgsfaktoren für die Implementierung von Case Management in die Soziale Arbeit und soziale Organisationen

Nachfolgend werden einige Aspekte skizziert, die bei der Einführung und Ausgestaltung von Case Management für Felder der Sozialen Arbeit und seiner Implementierung in soziale Organisationen als kritische Erfolgsfaktoren angesehen werden können. Darunter werden Faktoren verstanden, die bedeutsam dafür sind, dass Case Management den (ethischen) Prinzipien, den fachlichen Zielen und professionellen Standards, den Rahmenbedingungen und Handlungsrahmen Sozialer Arbeit entsprechen kann (vgl. Fachgruppe Case Management der DGS 2005), dementsprechend reflektiert und in Entscheidungen einbezogen werden müssen.

Es werden Erfahrungen und Untersuchungen aus anderen Arbeitsfeldern, explizit der Beschäftigungsförderung, einbezogen, da davon ausgegangen wird, dass die in diesen Arbeitsfeldern gewonnenen Erkenntnisse für die Weiterentwicklung von Case Management im Rahmen der Soziale Arbeit von Interesse sind. Außerdem steht dieser Bereich exemplarisch für die Einführung von Case-/Fallmanagement als Instrument sozialstaatlichen Wandelns und es ist davon auszugehen, dass die dort gemachten Erfahrungen bereichsübergreifend Einfluss nehmen.

6.2.1 Case Management als Instrument sozialpolitischen Wandels

Hintergrund des sozialpolitischen Auftrags der Implementierung von Case-/Fallmanagement im Rahmen des SGB II sind sozialstaatliche Veränderungen, die schon seit längerem unter dem Stichwort des „aktivierenden Sozialstaates" in der Diskussion (exemplarisch Dahme 2003) sind. Damit verbunden ist ein „dreifaches Reformprojekt", das auf die Neugestaltung sozialer Leistungen, auf die Neugestaltung der Verwaltung und auf die Neugestaltung des Verhältnisses zwischen Staat und Bürger gerichtet ist (vgl. Trube 2003, 335).

Dieser Wandel ist gekennzeichnet durch eine stärkere Betonung der Eigenverantwortlichkeit des Bürgers für seine Existenzsicherung und Lebensbewältigung, der Begrenzung sozialstaatlicher Leistungen nur auf die wirklich Bedürftigen, die Einführung von Kontraktmanagement auf der einzelfallbezogenen Leistungsebene sowie die verstärkte Einführung einer Forderungs- und Förderungskultur sowie Sanktionsinstrumentarien in den Bereitstellungs- und Verteilungskontext sozialer Dienstleistungen.

Da Case Management an den Ressourcen der NutzerInnen ansetzt, deren Beteiligung und Mitverantwortung stärkt und eine Effizienz- und Effektivitätssteigerung von Hilfeprozessen verspricht, eignet es sich hervorragend als ein Instrument des oben skizzierten paradigmatischen Wandels des Sozialstaates. Durch inhärente Merkmale, wie die Erschließung, Aktivierung und Optimierung der Ressourcen des Einzelnen, fördert es die Selbstverantwortlichkeit des Individuums und kann damit den Rückzug des Staates aus seiner Verantwortung für die Existenzsicherung und Lebensbewältigung seiner Bürger forcieren. Durch das Bemühen um eine effiziente Gestaltung von Hilfeprozessen wird die Einführung und Verfestigung ökonomischer Rationalitäten in den Erbringungskontext sozialer Dienstleistungen unterstützt. Durch Planungs- und Kontraktorientierung betont es die Rechte und Pflichten der Beteiligten, bindet sie an vertragsähnliche Verhältnisse und trägt so zu einer veränderten Verhältnisbestimmung zwischen Bürger und Staat bei. Aufgrund seines beratungsorientierten Einzelfallbezugs ermöglicht es pädagogische Einflussnahme, über die individuelle Veränderungsprozesse im Sinne der sozialpolitischen Zielsetzungen initiiert, verfolgt, kontrolliert und sanktioniert werden können.

Mit Case Management können somit veränderte sozialpolitische Zielsetzungen, Haltungen und Handlungslogiken in die sozialen Organisationen eingeführt werden, die mit den Begriffen der „Aktivierung und Optimierung", des „Forderns und Förderns" stichwortartig zu erfassen sind. Angesichts der damit verbundenen sozialstaatlichen Innovationsbestrebungen, ergeben sich damit Veränderungsprozesse, die in ihrer Sinnhaftigkeit und Ambivalenz für die Soziale Arbeit und ihre Adressaten ausgelotet werden müssen.

Wird die Gewährung und Ausgestaltung von sozialen Leistungen sozialpolitisch zunehmend in ein Instrumentarium des „Forderns und Förderns“, „ Aktivierens und Optimierens“ eingebettet, so wird dies nicht ohne Auswirkungen auf die Zielsetzungen und Bearbeitungsstrategien von sozialen Organisationen bleiben – insbesondere, da die Anerkennung der sozialpolitischen Zielsetzungen und eine entsprechende Ausgestaltung ihrer Leistungen oftmals entscheidend für ihre Berücksichtigung als Leistungserbringer und somit für ihre Existenzsicherung ist.

Bei der Auseinandersetzung mit Case Management und seiner Bedeutung für soziale Organisationen und deren Entwicklung müssen daher damit verbundene Widersprüche zwischen originären fachlichen Prinzipien und Zielen Sozialer Arbeit und sozialpolitischen Anforderungen ausgelotet, reflektiert und in das Handeln und Entscheiden einbezogen werden. Diese Herausforderung stellt sich an die in Fach- und Leitungsfunktionen in den Organisationen tätigen SozialarbeiterInnen / SozialpädagogenInnen. Sie sind einerseits den fachlichen Prinzipien ihrer Profession verpflichtet und andererseits aufgefordert, die sozialpolitisch intendierten Ziele und Bearbeitungsstrategien ihrer Organisationen zu verfolgen. Ihr Umgang mit dem (möglicherweise) dadurch entstehenden Spannungsfeld ist maßgeblich, für die Gewährleistung von Professionalität und Fachlichkeit Sozialer Arbeit in Zeiten sozialpolitischen Wandels. Gelingt es ihnen beispielsweise, die bei der Umsetzung von Case Management vorhandenen Gestaltungsräume im Sinne der Herstellung einer ausgewogenen Balance zwischen fachlichen Zielen (z. B. durch die Einbindung des Ansatzes in sozialpädagogische Konzepte) und ökonomisch-technokratischen Zielsetzungen (kurze Prozessdauer, Überregulierung des Verfahrens) umzusetzen, leisten sie hierzu einen Beitrag.

6.2.2 Zugang

Obwohl Case Management insbesondere für die Arbeit mit Menschen mit komplexem Unterstützungsbedarf angemessen erscheint, wird die Frage, welche Personengruppen Case Management erreichen soll, in der Praxis unterschiedlich definiert. Dies machen einschlägige Veröffentlichungen aus dem Feld der arbeitsmarktintegrativen Hilfen und der Beschäftigungsförderung deutlich. Für die Bertelsmann-Stiftung ist es eine „(...) nicht zu entscheidende Definitionsfrage, ob Fallmanagement *als ein neuer Weg der persönlichen Vermittlung von Hilfen* (kursiv i. O.) grundsätzlich jedem Klienten zugute kommen sollte, oder ob man den Begriff des Fallmanagements reservieren möchte für die Unterstützung jener Personen, die eine Vielzahl verschiedener Dienste und Angebote benötigen und überdies in ihrer Fähigkeit zu eigenständigem Handeln erheblich eingeschränkt sind (...)“ (2002, 14). Das Ministerium für Wirtschaft und Arbeit spricht hier eine deutlichere Sprache: „Nicht jede Person braucht Fallmanagement, aber einige wenige brauchen besonders intensiv Fallmanagement“ (2003, 5). Die Umsetzungspraxis des Fallmanagements im Rahmen des SGB II zeigt, dass einige Träger den „persönlichen Ansprechpartner“ mit „ Fallmanager“ gleichsetzen, der – laut Gesetzestext – jedem Anspruchsberechtigten zugewiesen werden soll (§ 14 SGB II).

Allerdings hat die Entscheidung, wer Zugang zum Case Management bzw. Fallmanagement erhalten soll, erhebliche Auswirkungen auf seine Qualität. Das vorgenannte Ministerium weist auf Untersuchungen aus den USA hin. Diese zeigen, dass die mit einem Case Management ohne Zugangsdifferenzierung verbundenen quantitativen und qualitativen Anforderungen zu

einer Überforderung der Case ManagerInnen führen, deren Bewältigung die Ausblendung der Komplexität von Problemlagen sowie eine nicht oder unzureichende Bearbeitung der Problemlagen zur Folge haben kann und ein derart „unterkomplexes Case Management" massive Segregationsprozesse fördert. Die Konsequenz daraus ist, dass einige US-Staaten neben dem „allgemeinen Case Management, das der Tätigkeit eines persönlichen Ansprechpartners nach dem SGB II entsprechen dürfte, ein spezialisiertes Case Management (z. B. für Suchtkranke, Frauen mit häuslicher Gewalterfahrungen) etablierten und diese Aufgabe Non-Profit-Organisationen übertrugen (Ministerium für Wirtschaft und Arbeit 2003, 2ff.).

Die in den USA gemachten Erfahrungen lassen sich auf die bundesdeutsche Landschaft übertragen, beispielsweise wenn im Kontext der Beschäftigungsförderung die Ausgliederung der Betreuung, Begleitung und Vermittlung von Menschen mit multiplen Problemstellungen aus den öffentlichen Trägerschaften angedacht wird (vgl. Klein / Langnickel 2004, 209). Gerade dort, wo keine Differenzierung der Zugangsgruppen erfolgt, stellt sich für die Akteure das massive Problem, wie angesichts der – noch dazu oftmals weit über den Planungszahlen liegenden – hohen Fallzahlen, die komplexen Aufgaben des Fallmanagements bewältigt werden sollen. Um dieses Dilemma zu überwinden, sind sie vor Ort gezwungen, Veränderungen vorzunehmen, die zu einer Ausdünnung des ursprünglichen Konzeptes führen, beispielsweise in dem die Fachkräfte formell oder informell aufgefordert werden, die Kunden bevorzugt zu berücksichtigen, bei denen ein Vermittlungserfolg wahrscheinlicher ist.

Bei der konzeptionellen Ausgestaltung und Umsetzung von Case Management in der Sozialen Arbeit ist daher zu berücksichtigen, dass *qualifiziertes* Case Management einen eingeschränkten Adressatenkreis notwendig macht. Der Anspruch Case Management quasi als Allroundmethode der sozialen Einzelhilfe für einen großen und nicht differenzierten Personenkreis anzubieten, entpuppt sich als fachlich problematisch, da er sich gegen die Zielsetzung einer Integration des Individuums wenden und Segregation bewirken kann.

6.2.3 Gewichtung als Beratungs- bzw. Fallsteuerungskonzept

Case Management ist durch seine Verknüpfung von Beratungs- und (Fall-)Steuerungselementen für die Soziale Arbeit besonders interessant. In der Umsetzungspraxis besteht jedoch die Gefahr, dass diese Verbindung vernachlässigt wird. So zeigen Untersuchungen im Rahmen der arbeitsmarktintegrativen Hilfen, dass eine Verschränkung beider Anteile auf der Fallebene und über die Fallebene hinaus von den Anwendern tendenziell eher weniger verfolgt wird. Vorherrschend sind Ansätze, die als (eher) beratungs- bzw. (eher) steuerungsorientiert zu klassifizieren sind (vgl. Kolbe / Reis 2005) und die wie folgt beschrieben werden können:

- Im Mittelpunkt von beratungsorientierten Ansätzen stehen die Beratung des Adressaten und die Bedarfsermittlung (Diagnose / Assessment). Entsprechend liegt der Fokus von Qualifizierungsmaßnahmen für die Fachkräfte auf der Herausbildung von Beratungs- und Diagnosekompetenz, die über Inhalte wie Gesprächsführung, Rollenklärung, Diagnosemodelle etc. vermittelt werden soll. Charakteristisch für beratungsorientiertes Fallmanagement ist, dass manageriale Elemente wie Planung, Zielvereinbarungen, Leistungssteuerung, Netz-

werkmanagement, wenig konturiert sind. Des Weiteren ist festzustellen, dass die Fallmanagerin / der Fallmanager über wenig Steuerungsmittel (beispielsweise Entscheidungskompetenzen über materielle Hilfen) verfügt, die Planungsebene und operative Ebene voneinander getrennt bzw. über Leitungsfunktionen verzahnt sind und dass Schnittstellen- / Kontraktmanagement (Zugangsregeln) eher rudimentär ausgebildet ist.

- Steuerungsorientierte Ansätze legen den Schwerpunkt auf die Planungs-, Steuerungs- und Kontrollelemente des Fallmanagements, oftmals zu Lasten der Beratungsfunktion. Charakteristisch für diese Schwerpunktsetzung ist beispielsweise, dass das Eingliederungsmanagement gut durchstrukturiert ist, die Schnittstellen durch entsprechende Kontrakte erfasst sind, so dass die Fallmanager und Fallmanagerinnen auf eine Reihe von verbindlichen Leistungserbringern- und -bedingungen zurückgreifen können und sie über Steuerungsmittel (z. B. materielle Entscheidungskompetenz) verfügen. Demgegenüber tritt die Beratung im Sinne einer intensiven persönlichen Hilfe in den Hintergrund. Diese Ausrichtung birgt damit die Gefahr, dass Menschen die eine intensive Beratung und Unterstützung benötigen, benachteiligt werden (vgl. Kolbe / Reis 2005, 65ff.). Damit steht diese Umsetzungsvariante im Widerspruch zu dem Ziel, Menschen mit intensivem Beratungs- und Unterstützungsbedarf zu integrieren und kann in ihrer grundlegenden Ausrichtung als technokratische Optimierungsstrategie verstanden werden.

Die Reduktion des Ansatzes in eine eher beratungs- bzw. steuerungsorientierte Umsetzungsvariante vernachlässigt jeweils ein charakteristisches Merkmal und innovatives Element von Case Management. Wie bereits angesprochen, bezieht sich Case Management gerade auf eine Verknüpfung zwischen Beratung / Assessment *mit* Elementen der Planung, Koordinierung, Überprüfung, beispielsweise des Netzwerkmanagements (zur Bedeutung und möglichen Problemen vgl. Klein / Mennemann 2005). In der damit verbundenen Verknüpfung von (eher) sozialarbeiterischen / sozialpädagogischen mit managerialen / steuernden Elementen in der Fallbearbeitung und über die Einzelfallebene hinaus liegt die innovative Kraft des Ansatzes. Case Management auf ein mit Managementanteilen angereichertes Beratungskonzept reduziert vernachlässigt die systematische und konsequente Verknüpfung von personenbezogener Beratung mit managerialen Steuerungselementen, die maßgeblich dafür verantwortlich ist, dass es als ein Handlungskonzept angesehen werden kann, welches sozialarbeiterische Handlungsfähigkeit auch in Zeiten knapper Kassen und hoher Fallanforderungen verspricht. Case Management, umgesetzt als steuerungslastige Variante, muss in seinen Auswirkungen für die Adressaten der Sozialen Arbeit kritisch gesehen werden.

Die Untersuchungen zum „Fallmanagement" verweisen darauf, dass die Verknüpfung von Beratung und Fallsteuerung bei der konzeptionellen und organisationellen Ausgestaltung und Umsetzung von Case Management in der Sozialen Arbeit besonders beachtet werden muss.

6.2.4 Effizienzorientierung

Ein Ziel von Case Management ist die effiziente Steuerung von Hilfeprozessen. Bei der Implementierung von effizienzorientierten Konzepten in die Soziale Arbeit muss die Gefahr gesehen werden, dass ökonomische Rationalitäten in Konkurrenz zu sozialarbeiterischen Leitprinzipien treten können und die Definitionsmacht erhalten. So erscheint es aufgrund des in der Praxis bestehenden Kostendrucks eher gewagt darauf zu vertrauen, dass sozialarbeiterische / sozialpädagogische Elemente im Wettbewerbsfall nicht ökonomischen Rationalitäten (z. B. schnelle Vermittlung und Abschluss des Prozesses) untergeordnet werden. Klug verweist auf Erfahrungen aus den USA, wonach Case Manager als „Money Maker“ bezeichnet werden (vgl. Klug 2002, 49). Diese Gefahr ist dem Handlungsansatz, unabhängig seines jeweiligen Anwendungsfeldes, inhärent. So wichtig die „Ächtung“ der Dominanz von ökonomischen Paradigmen gegenüber den Bedürfnisse der NutzerInnen ist, beispielsweise wie sie im Rahmen der Standards zur Weiterbildung Case Management erfolgt, so fragil ist diese Forderung. Bei der Auseinandersetzung mit Case Management sowohl für seine Anwendung in der Sozialen Arbeit als auch in anderen Feldern, wie in der Beschäftigungsförderung, ist daher einzubeziehen, dass es die potenzielle Gefahr beinhaltet, als sozialtechnologische, kostensparende Optimierungsstrategie funktionalisiert zu werden (vgl. Galuske 2001, 200).

6.2.5 Anforderungen an die Organisationen und Auswirkungen auf die Trägerstrukturen und -kultur

Die Verknüpfung von personenbezogener Hilfe und Steuerungselemente im Fall und über die Fallebene hinaus, wie sie im Rahmen eines Case-Management-Ansatzes möglich und wünschenswert ist, stellt an die Organisationen erhebliche Veränderungsanforderungen. Case Management als Fall- und Systemsteuerung zu verstehen und umzusetzen, bedeutet – organisationsintern – den operativen Akteuren größere Entscheidungsspielräume einzuräumen, was sicherlich nicht zwangsläufig mit den oftmals in den Organisationen bestehenden Strukturen und Kulturen deckungsgleich ist. Vielleicht ist dies ein Grund, weshalb das Ministerium für Wirtschaft und Arbeit feststellen muss: „ In der Etablierung des Case Management als Handlungskonzept wird dieser einzelfallübergreifende Bereich gern übergangen und die Beteiligten konzentrieren sich aus unterschiedlichen Gründen auf den unmittelbaren einzelfallbezogenen Prozess“ (2003, 69).

Eine weitere Veränderungsanforderung mit erheblichen Folgen lässt sich – organisationsübergreifend – dahingehend konstatieren, dass im Rahmen des Case Managements sowohl auf der Trägerebene als auch auf der Fallebene eine enge Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Trägern und deren Akteure zu erfolgen hat. Die Erfahrungen zeigen, dass die Erfüllung dieser Anforderung sich aufgrund differierender aufbau- bzw. ablauforganisatorischer Strukturen und Trägerkulturen, beispielsweise zwischen frei-gemeinnützigen und öffentlichen Trägern, zwischen Arbeitsagentur und Sozialverwaltung (vgl. Mäder / Schmidt 2005) und auf eher funktionale Abgrenzung gerichtetes Denken und Handeln der Akteure sich nicht immer unproblematisch gestaltet (vgl. Klein / Langnickel 2004, 207f.).

Hinzu kommt, dass der Case Management durchführende Träger, eine Steuerungsfunktion und damit auch eine Kontrollaufgabe gegenüber den im Einzelfall involvierten Leistungserbringer innehat, die durch Kontraktmanagement zu regeln ist. Damit erhält der Case Manager / die Case Managerin im System der Kooperationspartner eine exponierte Bedeutung, die aufgrund seines Auftrages notwendig ist, jedoch insbesondere dann, wenn der für das Case Management zuständige Träger auch Kostenträger ist (vgl. Hansen 2005, 111), kritisch reflektiert werden muss. Die Vorstellung, dass der Case Manager / die Case Managerin außerhalb des Konkurrenzgeschehens der beteiligten Akteure steht und neutral beraten kann (vgl. Klein / Mennemann 2005), erscheint angesichts der derzeitigen Trägerstrukturen eher wenig aussichtsreich.

Durch die Etablierung von Case Management wird somit eine Differenzierung und Funktionsteilung innerhalb der Trägerlandschaft unterstützt. Es werden neue Formen der Zusammenarbeit der beteiligten Akteure und deren Organisationen gefördert, neue Rollen und Funktionen bilden sich heraus, die für die Organisationen und die handelnden Akteure Veränderungen mit sich bringen, die u. a. durch neue Steuerungsmodalitäten (Kontrakte) geregelt werden müssen. Die Einführung von Case Management beeinflusst damit nicht alleine die konkrete einzelfallbezogene Handlungsweise, sondern verändert die bestehenden Strukturen und Rahmenbedingungen des Erbringungskontextes.

Für den Kontext der Sozialen Arbeit und dessen Trägerstruktur bedeutet die Etablierung von Case Management, dass es langfristig als ein Instrument der Veränderung der korporatistischen Struktur und Kultur der Trägerlandschaft in der Bundesrepublik Deutschland angesehen werden kann, weil damit neue Formen der Zusammenarbeit der beteiligten Akteure und deren Organisationen gefördert werden. Inwieweit es im Zusammenwirken mit bereits eingeführten neuen Instrumenten der Angebots-, Verteilungs- und Finanzsteuerung (z. B. Ausschreibungen, Fachleistungsstunde, Sozialraumteams- und -budgets) die bestehenden Traditionen sprengt (vgl. Hansen 2005, 120) oder lediglich aufweicht, wird die Zukunft zeigen (vgl. hierzu Merchel 2003, 208 ff.).

Zu reflektieren ist somit, dass durch die Implementierung von Case Management in soziale Organisationen nicht nur ein die Einzelfallarbeit qualifizierendes Handlungskonzept, sondern – Fall- und Systemsteuerungskonzept ernstgenommen – ein Instrument des Wandels der bestehenden Trägerstrukturen eingeführt wird, das in seinen Auswirkungen auch kritisch zu sehen ist.

6.2.6 Theoretische Einbindung

Wie bereits zu Beginn festgestellt, ist Case Management ein Ansatz der vielfältige Möglichkeiten der Ausgestaltung (z. B. Leitlinien, Ziele, Schwerpunktsetzung) bietet. In seiner relativen Offenheit und Neutralität liegt seine arbeitsfeld- und professionsübergreifende Anschlussfähigkeit, wie sie aktuell für den Bereich der Beschäftigungsförderung vollzogen wird, jedoch auch seine Problematik als Handlungs- und Systemsteuerungskonzept für die Soziale Arbeit. So können Innovations- und Handlungsanforderungen, die von der Sozialen Arbeit und ihren Akteuren aufgenommen werden, nicht wertneutral sein. Sie sind gebunden an angemessene Inhalte und Zielsetzungen. Diese sind u. a. Lebenswelt- und NutzerInnenorientierung, Empowerment, Ver-

meidung und Verringerung von Benachteiligung und Exklusion, Förderung von Demokratisierung und Partizipation. Die Gestaltung der Institutionen und das Handeln der Akteure auf der Grundlage eines Case-Management-Konzeptes haben diesen zentralen Leitprinzipien zu folgen.

In der Handlungstheorie steht hierfür der Begriff eines „integrativen Methodenverständnisses". Dieses knüpft die methodische Vorgehens- und Verfahrensweise an sozialarbeiterische / sozialpädagogische Konzepte und an dementsprechende Ziele, Menschenbilder und Rahmenbedingungen und grenzt sich damit von einem engen, technokratischen Methodenverständnis ab, das sich lediglich auf die Systematik einer Vorgehensweise bezieht (vgl. Galuske 2001, 20ff.). Soll somit Case Management dem Anspruch Sozialer Arbeit genügen, muss es demnach in entsprechende Theoriekonzepte eingebunden sein. Die hierbei leitenden theoretischen Konzepte können insbesondere Konzepte des Empowerments, der Lebensweltorientierung, dienstleistungstheoretische Ansätze und systemtheoretische / systemische Modelle sein, die verbunden werden mit Netzwerkarbeit / -management, Beratungselementen, berufsethischen Grundsätzen (vgl. hierzu insbesondere die Ausarbeitung von Neuffer 2002). Diese bestimmen den theoretischen Rahmen, innerhalb dessen Case Management im Einklang mit den Zielen und Intentionen Sozialer Arbeit erfolgt und der hier nur exemplarisch angedeutet werden kann: So verlangt Lebensweltorientierung beispielsweise ein Handeln, das sich an der „Eigensinnigkeit" der Problemsicht der AdressatInnen im Lebensfeld orientiert und neben der Niedrigschwelligkeit der Angebote und Transparenz der Prozesse ein kooperatives, grenzüberschreitendes Zusammenspiel unterschiedlicher Personen, Angebote und Ressourcen (ausführlich hierzu Thiersch 2000, 529ff.) fördert. Case Management unter lebensweltorientierten Gesichtspunkten zu gestalten, heißt daher, neben der (möglichst) niedrigschwelligen Gestaltung des Angebotes, die Selbstdefinition und Sichtweise der AdressatInnen, deren Selbstdeutung und Wahrnehmung einzubeziehen, ebenso, wie lebensweltnahe Verfahren zu integrieren.

Die Einbindung von Case Management in sozialarbeiterische / sozialpädagogische Konzepte erscheint angesichts der zunehmenden sozialpolitischen Tendenz der Verknüpfung zwischen Beratung / Förderung und Sanktionen, wie sie beispielsweise aktuell im Rahmen der Beschäftigungsförderung verfolgt wird, evident. Gerade, da Case Management durch kontraktmanageriale, aber auch kontrollierende Anteile, Forderungs- und Kontrollfunktion erfüllen kann, erhält die Frage des Ausbalancierens der fragilen Balance zwischen Hilfe / Kontrolle und Fordern / Fördern eine große Bedeutung. Dies verweist umso mehr auf die Notwendigkeit der konzeptionellen Einbindung von Case Management in Konzepte wie Empowerment, Lebensweltorientierung und (berufs-)ethische Konzepte, da diese die professionellen Akteure auf eine wertschätzende und auf die Selbstbestimmung des Individuums zielende Haltung (Menschenbild) sowie auf entsprechende Handlungsweisen (Methoden und Techniken) verpflichten und damit die Entwicklung eines ausgewogenen Verhältnisses zwischen Hilfe und Kontrolle / Fordern und Fördern unterstützen.

Allerdings ist festzustellen, dass die Integration von „Case Management" in entsprechende theoretische Konzepte und damit seine sozialarbeiterisch / sozialpädagogische Konturierung im Sinne eines integrierten Methodenverständnisses bisher erst ansatzweise erfolgt ist. Dort, wo eine Verbindung zwischen der Verfahrensweise des Case Managements und theoretisch-konzeptionellen Bezüge hergestellt wird, stehen diese noch eher unverbunden nebeneinander, ohne dass immer ersichtlich wird, welche konkrete Relevanz das jeweilige theoretische Konzept für

die Interpretation der Situation, der methodischen Vorgehensweise und Gestaltung des Hilfeprozesses hat.

Folgt man diesen Ausführungen, so besteht Weiterentwicklungsbedarf von Case Management. Anderenfalls kann eine technokratische Verkürzung die Gefahr beinhalten, dass es statt die gesellschaftliche Integration und Netzwerkentwicklung der Menschen zu fördern, Exklusion und Marginalisierung erzeugt (vgl. Trube 2003). Als ein Beispiel hierfür stehen die zuvor angesprochenen Ansätze, die einseitig steuerungsbezogen ausgerichtet sind und die Gefahr der Ausgrenzung von Menschen mit intensivem Beratungs- und Unterstützungsbedarf beinhalten.

Die Ausführungen zeigen, dass Case Management für die Praxis der Sozialen Arbeit Möglichkeiten beinhaltet, den Spagat zwischen gestiegenen Anforderungen bei gleichzeitig stagnierenden bzw. abnehmenden Ressourcen methodisch zu bewältigen und damit Handlungsfähigkeit zu bewahren. Ebenso kann es jedoch auch für eine sozialpolitische Entwicklung stehen, die immer mehr Verantwortung dem Individuum aufbürdet und staatliche Unterstützung zurückschraubt. Damit ist ein Spannungsbogen beschrieben, an dessen einem Ende Case Management aus fachlicher Perspektive als Handlungsstrategie zur Bewältigung neuer Anforderungen begrüßt und an dessen anderem Ende Case Management als sozialpolitische Umsteuerungsstrategie und als technokratisch verkürzender Handlungs- und Steuerungsansatz für Soziale Arbeit problematisiert werden kann.

Eine Entscheidung für oder gegen Case Management erscheint angesichts der bestehenden sozialpolitischen Entwicklungen, aber auch angesichts des in der Praxis zunehmenden Bedarfes an Konzepten für die Bewältigung von Komplexität und Effizienzanforderungen, eher theoretisch. Umso bedeutsamer wird es sein, wie Case Management zukünftig konzeptionell und methodisch konturiert ist (beispielsweise, welche Theoriebezüge, Leitprinzipien und professionelle Haltungen damit verbunden sind), wie seine Umsetzung in der Praxis sich gestaltet und welche Veränderungen es für die jeweiligen Organisationen mit sich bringt bzw. ermöglicht.

6.3 Case Management und Organisationsentwicklung

Wenn Case Management nicht auf ein mit Planungselementen angereichertes Beratungskonzept für die Einzelfallarbeit begrenzt wird, stellt es die Organisationen und Akteure vor erhebliche Veränderungsanforderungen. Vielleicht sind die damit verbundenen Herausforderungen ein Grund, weshalb eine konsequente Einführung von Case Management in soziale Organisationen auf der Handlungs- und Organisationsebene bisher eher schleppend erfolgt (zu Problemen der Umsetzung siehe Remmel-Faßbender 2002, 75ff.).

Case Management konsequent eingeführt erfordert einen Wandel innerhalb der Organisationen sowie ihrer externen Vernetzungen. So wird mit seiner Implementierung vielerorts eine Veränderung der organisationsinternen und externen Strukturen und Kulturen, des Qualifikations-

profils der Akteure (Personalentwicklung), des Führungsstils,[6] sowie die Notwendigkeit des Aufbaus eines systematischen Controllingsystems, das Überprüfung gewährleistet, jedoch Gestaltungs- und Entscheidungsspielräume lässt, verbunden sein. Daher benötigt Case Management Organisationsentwicklung. Dieser Zusammenhang ergibt sich aus der Komplexität des Ansatzes als Fall- und Systemsteuerung, der aufgrund seiner Vielschichtigkeit nicht auf einen direkten Anwendungsbereich begrenzt werden kann, sondern weitere Organisationsbereiche einbezieht (beispielsweise zentrale Planungseinheiten, wie die Sozial- und Jugendhilfeplanung).

Organisationsentwicklung wird verstanden als ein strategisch angelegter Veränderungsprozess, der sich auf Organisationsstrukturen und -prozesse, auf die Organisationskultur,[7] Leitbilder und Konzepte sowie auf die Akteure bezieht und dem Konzept einer lernenden Organisation folgt. Dies bedeutet, dass kollektive, organisationale Lernprozesse mit einer bestimmten Regelmäßigkeit auf Dauer stattfinden und institutionell (durch Instrumente, Methoden, Gewohnheiten, Regeln, u. a.) verankert sind. Die erheblichen außerorganisationellen Vernetzungsanforderungen im Rahmen von Case Management, machen es notwendig, dass Organisationsentwicklung nicht an den Organisationsgrenzen endet, sondern organisationsübergreifende Strukturen und Prozesse einbezieht (z. B. über Kontraktmanagement). Case Management verändert daher nicht alleine die internen Organisationsstrukturen und Arbeitsformen, sondern ebenso die externen Strukturen und Formen der Zusammenarbeit sowie – wie bereits angesprochen – das Verhältnis zwischen den Trägern Sozialer Arbeit, ohne dass hierauf im Rahmen der folgenden Ausführungen weiter eingegangen werden kann.

Nachfolgend wird der Frage nachgegangen, welche Anforderungen die Implementierung von Case Management in soziale Organisationen an Organisationsentwicklung stellt. Da sich der bisher umfassendste und öffentlich wirksamste Implementierungsprozess von Case Managementansätzen im Zuständigkeitsbereich des Sozialgesetzbuch II findet, werden die aus diesem Bereich vorliegenden Erfahrungen und Erkenntnisse auch an dieser Stelle in die Ausführungen einbezogen.

6.3.1 Case Management als Organisationselement

Case Management ist ein komplexer und hochkooperativer und -kommunikativer Prozess. Das Gelingen dieses Prozesses ist abhängig von seiner organisatorischen Einbindung, der Entwicklung angemessener, organisationsinterner und -externer Vernetzungsstrukturen und von der vorherrschenden Organisationskultur.

---

[6] Hierunter wird ein in den verschiedensten Situationen sinnvoll strukturiertes und konstantes Verhaltensmuster verstanden, das wesentlich durch eine persönliche Grundeinstellung (Grundhaltung) gegenüber den Mitarbeitern geprägt ist (vgl. Maelicke 2003, 515).

[7] „Organisationskultur“ stellt den in einer Organisation entwickelten Kanon von Werten und Normen, Verhaltensorientierungen, Vorstellungen über die Umwelt, Zeichen und Symbole dar. Sie lässt sich als eine Art gemeinsam akzeptierte Interpretation der Realität verstehen, die das Geschehen in einer Organisation nachhaltig, aber unsichtbar und oftmals schwer zu erfassen, beeinflusst.

Im Rahmen der Implementierung von Case Management in die Organisation ist zu klären, ob Case Management als spezialisierte eigenständige Funktion und Tätigkeit oder als Teilaufgabe im Rahmen eines Aufgabenfeldes innerorganisatorisch eingebunden sein soll. Das „Für und Wider“ der Spezialisierung oder Generalisierung von Aufgabenbereiche der Sozialen Arbeit wird immer wieder diskutiert (z. B. für den ASD Greese u. a. 1996, 75). Die Entscheidung wird je nach Arbeitsfeld und Organisation unterschiedlich ausfallen, birgt in der Regel Vor- und Nachteile und stellt daher eher einen Kompromiss dar.

Erfahrungen aus den arbeitsmarktintegrativen Hilfen sprechen dafür, dass Case Management als spezialisierte Tätigkeit etabliert werden sollte (vgl. Ministerium für Wirtschaft und Arbeit 2003, 69). Zu bedenken ist, dass es aufgrund seiner Komplexität und hohen Anforderungen an die Akteure nur begrenzt „nebenher oder zwischendurch“ geleistet werden kann. Soll es in seiner Bandbreite der Fall- und Angebotssteuerung umgesetzt werden, also über einen Methodenansatz hinausreichen, so benötigt es „Spezialisten“ mit spezifischen Kenntnissen und Rahmenbedingungen, deren Einbindung in die traditionellen Aufgabenfelder bzw. konventionelle Fallarbeit möglicherweise aus fachlichen, als auch aus ökonomischen Gründen nicht sinnvoll ist. Analog zu den bereits angesprochenen Erfahrungen mit einem Case Management ohne Zugangsdifferenzierung, kann nicht-spezialisiertes Case Management eine „Verwässerung“ und „Verflachung“ des Case Managements bewirken, da keine ausschließliche fachliche Ausrichtung der Akteure auf und Identifikation mit dieser Tätigkeit erfolgen kann.

Soll Case Management als Teilaufgabe innerhalb des Aufgabenfeldes einer sozialpädagogischen Fachkraft erfolgen (beispielsweise neben formloser Beratung gemäß § 16 SGB VIII im Arbeitsfeld des Allgemeinen Sozialen Dienstes), erfordern Maßnahmen der Entsubjektivierung der Entscheidung für oder gegen einen Case-Management-Prozess besondere Beachtung, beispielsweise die Definition von klaren Kriterien und verbindlichen Regeln der Zugangssteuerung ebenso wie deren Überwachung und Kontrolle.

Dies führt zu einer weiteren wesentlichen Fragestellung im Kontext von Organisationsentwicklung. Welche Entscheidungs- und Gestaltungsspielräume werden den Case ManagerInnen zugestanden? Auch diese Frage wird organisations- und arbeitsfeldspezifisch zu beantworten sein. Bezogen auf den Bereich der arbeitsmarktintegrativen Hilfen stellt Reis (2005, 16) fest, dass „(...) mit der Einführung des Case Managements der Entscheidungs- und Gestaltungsspielraum der Mitarbeiter deutlich ausgedehnt (wurde)“. Dieser Entscheidungs- und Gestaltungsgewinn stößt jedoch oftmals auf strukturelle Widerstände. So können – und das nicht nur in öffentlichen Verwaltungen – mehr oder weniger tradierte, starre, hierarchisch aufgebaute Organisationsstrukturen dem Aufbau eines flexiblen und prozessorientierten Case Managements und den unumgänglichen Handlungs- und Entscheidungsspielräumen der Case ManagerInnen im Wege stehen. Ebenso können teilweise schwierig zu erfassende Faktoren, wie organisationskulturelle bzw. atmosphärische Aspekte, die notwendige Autonomie der Case ManagerInnen negativ beeinflussen.

Die Herstellung eines ausgewogenen und angemessenen Verhältnisses zwischen der notwendigen Autonomie der im Case Management tätigen Fachkräfte sowie der notwendigen Kontrolle seitens der Organisation und ihren Führungskräften stellt sicherlich eine große Herausforderung für die Organisationsentwicklung dar. Gerade an der Frage der Kontrollierbarkeit von Case Management wird überdeutlich, dass Case Management quer zu herkömmlichen Organisations-

strukturen und -kulturen liegen kann und mit seiner Einführung vielerorts alte, vertraute Organisationsformen, Einstellungen und Haltungen überwunden werden müssen. So widerspricht es beispielsweise dem Kern von Case Management, wenn seitens der Bundesagentur für Arbeit in erheblichem Umfang dirigistisch (z. B. über Dienstanweisungen) in die Arbeit vor Ort eingewirkt wird. Dadurch entstehen quasi Parallelstrukturen, die sich gegenseitig behindern und oftmals widersinnig sind.

6.3.2 Case Management als Instrument der Gestaltung prozessorientierter Arbeitsstrukturen und interner Vernetzung

Case ManagerInnen haben es mit komplexen Problemstellungen zu tun und tragen eine hohe Fallverantwortung. Die Institutionalisierung von Gruppenstrukturen und die Einbindung der Case ManagerInnen in gruppenbezogene Arbeitsweisen ist ein wichtiger Faktor bei der Gewährleistung eines gelingenden Case Managements.

Es lassen sich zwei Typen gruppenbezogener Arbeitsorganisation unterscheiden:

- Gruppenarbeit als Form der Primärorganisation: Hierunter werden institutionalisierte Arbeitsgruppen, wie Teams,[8] verstanden, die dauerhaft eine Einheit bilden und ihre Aufgaben möglichst komplett und eigenverantwortlich durchführen, und
- Gruppenarbeit als Form der Sekundärorganisation: Dies bezieht sich auf Gruppen, die parallel zu der eigentlichen Primärorganisation verlaufen (z. B. kollegiale Beratungsgruppen, Projektgruppen).

Gruppenbezogene Arbeitsstrukturen und Arbeitsweisen, wie Teamarbeit, haben in den sozialen Organisationen eine lange Tradition. Sie beziehen sich beispielsweise auf die Arbeit mit den Adressaten (z. B. Gruppenarbeit im Jugendhaus, Elterngesprächsgruppen), auf Gruppenarbeit der Fachkräfte untereinander (Teams, Fallbesprechungen) oder auf interdisziplinäre Teamarbeit. Sie können auf Dauer angelegt oder auf einen bestimmten Zeitraum begrenzt sein. In den 70er Jahren waren sie als Bestandteil der Dezentralisierung Sozialer Dienste in der Diskussion. Bei den öffentlichen Trägern der Jugendhilfe sind sie durch die Anforderungen an das „Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte“ des Paragraphen 36 SGB VIII (Mitwirkung, Hilfeplan) ein wesentlicher Bestandteil sozialarbeiterischen Handelns und der Qualitätssicherung im Rahmen der Hilfen zur Erziehung. Des Weiteren hat die Verwaltungsreform und ihre Auswirkungen auf die frei-gemeinnützigen Trägern vielerorts zu Teamstrukturen geführt, in denen beispielsweise die verschiedensten Akteure aufgabenbezogen zusammenwirken (Matrixstruktur). Dabei beschränkt sich das Team nicht immer auf eine Berufsgruppe, sondern kann ebenso multiprofessionell zusammengesetzt sein (beispielsweise im Rahmen einer Jugend- und Sozialverwaltung

---

[8] Teams werden als eine institutionalisierte Arbeitsform definiert, deren Mitglieder unter Einsatz unterschiedlicher fachlicher und persönlicher Möglichkeiten und unter bewusster Beachtung bestimmter Regeln, regelmäßig und dauerhaft zusammenarbeiten (vgl. Deutscher Verein 1976).

durch Fachkräfte der wirtschaftlichen Jugend- und Sozialhilfe, des Allgemeinen Sozialen Dienstes, der Amtsvormundschaft).

Die Vorteile einer Teamstruktur gegenüber einer individualistischen Arbeitsorganisation liegen für das Case Management u. a. in einer effektiveren Bearbeitung komplexer Aufgaben- und Problemstellungen, in der Verkürzung von Abstimmungsprozessen und in der Nutzung der Kräfte und Möglichkeiten, die im Interaktionsprozess der Gruppe entstehen (Synergieeffekte). Funktionierende Teamarbeit trägt maßgeblich zur Qualität des Case Managements bei. Die Einbindung von Case Management in Teamstrukturen hat für die einzelne Fachkraft eine Entlastungsfunktion, da sie auf Austausch und Unterstützung „ihres" Teams zurückgreifen kann. Durch die engen Arbeitsbezüge und die interpersonale Zusammensetzung von Teams ergeben sich für die Case ManagerInnen vielfältige Möglichkeiten, auf die unterschiedlichen fachlichen und personalen Ressourcen ihrer Teamkollegen und -kolleginnen zurückgreifen zu können. Die Institutionalisierung von Teamstrukturen und anderen gruppenbezogenen Strukturen und Arbeitsweisen entspricht der Prozessualität und Komplexität von Case Management mit seinen Aufgaben- und Problemstellungen und ist Ausdruck einer prozessorientierten Organisation (vgl. Gissel-Palkovich 2002, 255ff.). Angesichts der sich verschärfenden Rahmenbedingungen (wie die Zunahme der Fallzahlen und Erhöhung der Fallkomplexität bei gleichzeitiger Verringerung bzw. Stagnation der Ressourcen) erhalten die mit gruppenbezogenen Arbeitsstrukturen und -weisen verbundenen Synergieeffekte und Entlastungsmöglichkeiten besondere Aktualität.

Teamarbeit ist unter anderem dadurch gekennzeichnet, dass sie in einen Regelkanon eingebunden ist. Im Rahmen von Organisationsentwicklung sind Regelungen, beispielsweise für den Abbruch eines Case-Management-Prozesses, die Übergabe an einen Kollegen oder einer Kollegin, für Fall- und Teambesprechungen, für die Informationsweitergabe an Dritte (z. B. Verschriftlichung und Verteilung von Team- und Fallprotokollen) zu entwickeln. Zu beachten ist dabei, dass Teams über ein hohes Maß an teaminternen Überprüfungs- und Kontrollprozessen, wie Absprachen und Abstimmungen innerhalb des Teams, und reflexive Verfahren, wie kollegiale Beratung, Teamsupervision, verfügen. Intervenieren und Kontrollieren von „Außen" ist daher nur begrenzt möglich und sinnvoll. Die notwendige „Kontrolle" und Gewährleistung erfolgt über die mit dem Team entwickelten und abgestimmten Teamregeln, sowie über die Vereinbarung von Zielen und Überprüfung der Zielerreichung.

So begrüßenswert die Vorteile von Teamarbeit für ein qualifiziertes Case Management sind, so wenig darf dabei verkannt werden, welche organisationellen, methodischen und personalen Anforderungen damit verbunden sind. Auch wenn das Arbeitsprinzip der Teamarbeit, schon seit langer Zeit ein wichtiger Bestandteil Sozialer Arbeit ist (vgl. z. B. Deutscher Verein 1976), kann nicht von vornherein davon ausgegangen werden, dass jedes Team konstruktiv zusammenarbeitet, zumal immer noch viele SozialarbeiterInnen, aber auch Angehörige anderer Berufsgruppen eher EinzelkämpferInnen sind.

Neben den bisher beschriebenen Herausforderungen kommt bei multiprofessionellen Teams hinzu, dass dort Fachkräfte mit unterschiedlichen Berufskulturen, Erklärungs- und Handlungsmodellen zusammentreffen und eng kooperieren müssen. So kann nicht vorausgesetzt werden, dass sozialarbeiterische Erklärungsmodelle und Handlungskonzepte den Verwaltungsfachkräften geläufig sind, sofort nachvollzogen und eingeordnet werden können (beispielsweise ist das für SozialarbeiterInnen gängige Reflexionsinstrument der Supervision ihren Verwaltungs-

kollegInnen oftmals eher unbekannt), ebenso wenig, wie den SozialarbeiterInnen spezifische verwaltungstechnische Zusammenhänge geläufig sein müssen. Für die jeweilige Profession entsteht hierbei ein erhöhter Erklärungs- und Begründungsbedarf einerseits gegenüber den professionsfremden Kollegen und Kolleginnen und dort – wo es sich um fachfremde Leitungen handelt – gegenüber den eigenen Vorgesetzten. Teambildung und Teamarbeit bedarf im Rahmen von Organisationsentwicklung besonderer Beachtung und ist, z. B. durch kontinuierliche Teamsupervision, unterstützend zu begleiten.

Neben der Entwicklung einer für Case Management angemessenen Primärstruktur ist ein weiteres wichtiges Element von Organisationsentwicklung der Auf- bzw. Ausbau einer adäquaten *Sekundärstruktur*. Diese bezieht sich beispielsweise auf Strukturen, die den Case ManagerInnen Reflexivität und die Kontrollierbarkeit ihres Handelns ermöglichen. Neben eher spontanen kollegialen Gesprächen und institutionalisierten Dienst- bzw. Teambesprechungen, müssen dies insbesondere kollegiale Beratungsstrukturen sein, die innerhalb der Primärorganisation aufzubauen und methodisch zu füllen sind. Kollegiale Beratung in diesem Sinne bezieht sich auf institutionalisierte, d. h. verbindliche, in ihrem Rahmen (Zeit, Ort, Teilnehmer) definierte Beratungsgruppen, die auf der Basis einer anerkannten methodischen Vorgehensweise, unter wechselnder Moderation durch die TeilnehmerInnen, sich bei Arbeitsproblemen beraten (Tietze 2003; Herwig-Lempp 2004). Die Etablierung und Ausgestaltung kollegialer Beratung sollte im Rahmen von Organisationsentwicklung berücksichtigt werden. Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass eine dauerhafte Etablierung kollegialer Beratung maßgeblich von der verbindlichen Integration in die Organisation und der Unterstützung durch die Leitungskräfte abhängig ist und möglicherweise zu Beginn der Etablierung eine externe Moderation benötigt (vgl. Hendriksen 2000). Leitungskräfte sollten sich in Bezug auf eine eigene Teilnahme an kollegialen Beratungsprozessen jedoch in Abstinenz üben. Ihre Aufgabe ist es, die notwendigen Rahmenbedingungen (Räume, Zeitressourcen, Qualifikation) zu gewährleisten und auf die Verbindlichkeit und konzeptionell-methodische Fundierung kollegialer Beratung zu achten.

6.3.3 Case Management und die Entwicklung einer angemessenen Organisationskultur

Gruppenbezogene Arbeitsweisen, wie kollegiale Beratung, Teamarbeit, aber auch andere Formen der Beteiligung und Vernetzung (z. B. die Zusammenarbeit mit anderen Organisationen im Rahmen des Kontraktmanagements) stellen an die Akteure hohe Anforderungen in Bezug auf die Kooperation und Kommunikation mit den jeweiligen Partnern: Zusammenwirken, Verständigen, Aushandeln, Abstimmen, Tolerieren, konstruktiv Kritisieren etc. sind angesagt.

Untersuchungen und Erfahrungen zeigen jedoch, dass die Zusammenarbeit von Personen und Institutionen in der Praxis eine große Herausforderung darstellt und somit besondere Aufmerksamkeit im Kontext der Implementierung von Case Management und im Rahmen von Organisationsentwicklung benötigt.

Es wird deutlich, dass die Gestaltung von kooperativen und kommunikativen Arbeitsbeziehungen, etwa das Zusammenwirken von Wirtschafts- und Fachabteilungen, Jugendamt und Sozialamt, Vorgesetzten und SozialarbeiterIn erhebliche Probleme aufwirft. So wird für die Kinder-

und Jugendhilfe ein oftmals recht bescheidenes Niveau an Kooperation und Vernetzung und ein „regelrechter Kooperationsdilettantismus“ festgestellt (BMFSFJ 1997 QS 10, 8). Die Kommunale Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsvereinfachung (KGST) beschreibt die Schwierigkeit des Zusammenwirkens unterschiedlicher Verwaltungsbereiche und Ämter, die davon geprägt sei, „(...) dass sich diese auseinanderdividieren und ihre persönlichen Leistungen und Interessen in den Mittelpunkt stellen“ (1998/12, 7). Dass der Gestaltung der organisationsinternen Kommunikation – insbesondere im Verhältnis zwischen Führungskräften und MitarbeiterInnen – oftmals nur eine geringe Bedeutung in den sozialen Einrichtungen zugewiesen wird, beschreiben Behrendt / Reckert (1998) aus ihrer Praxis als Organisationsberater. Auch die Erfahrungen der vergangenen Jahre aus der Umsetzung des Paragraphen 36 SGB VIII zeigen, dass Kommunikations- und Kooperationsanforderungen von der Praxis nicht einfach zu bewältigen sind (vgl. Jansen / Schrapper 1994, 102 ff.).

Soll Case Management gelingen, erscheint es demnach erforderlich, nicht alleine die organisationsinternen und externen Kooperationsstrukturen, sondern auch die -kultur zu entwickeln. So wird der hohe Vernetzungsanspruch von Case Management kaum realisiert werden können, wenn die Organisationskultur von Misstrauen, Konkurrenz, Abgrenzung und Machtmissbrauch gegenüber den Organisationsmitgliedern und den Angehörigen anderer Institutionen geprägt ist.

Um eine förderliche Organisations- / Kooperationskultur ermöglichen zu können, sind Erfahrungsprozesse zu initiieren, die auf der personalen Haltungsebene, die Entwicklung von Toleranz, Offenheit, Glaubwürdigkeit und Vertrauen auch gegenüber anderen Professionen und Organisationen ermöglichen. Hierzu gehören Austauschbeziehungen mit anderen Abteilungen, Fachbereichen und Institutionen, kollegiale Beratungsgruppen und nicht zuletzt ein kooperativer und vertrauensvoller Führungsstil. Auf der Wissensebene bedarf es der Vermittlung von Kenntnissen über Kommunikationsmuster, die das Gelingen von Kommunikation und Kooperation wahrscheinlicher machen.

Des Weiteren kann hierbei die Entwicklung einer Fehler*kultur* von Bedeutung sein, die den Case ManagerInnen und ihren Teams Raum für Unsicherheiten und Zweifel, Zeit für die Suche nach geeigneten Lösungswegen und die Möglichkeit gibt, einmal definierte Lösungswege begründet zu verlassen. Im Rahmen dieses Verständnisses, werden Fehler nicht als Versagen oder Misslingen, sondern als Chance der Weiterentwicklung und damit des Wachstums angesehen.

6.3.4 Case Management als Führungsaufgabe

Ein wesentlicher Anteil bei der Implementierung und Qualifizierung von Case Management und seiner Einbindung in Organisationsentwicklung kommt den Führungskräften zu**.** Ihr Verhalten kann als einen wesentlichen Schlüssel für die Schaffung eines organisationsweiten Bewusstseins für Case Management angesehen werden. So wird die Umsetzung eines qualifizierten Case Managements nur möglich, wenn die Führungskräfte den Willen dazu haben und die zentrale Verantwortung dafür übernehmen.

Ihre Funktionen liegen im Wesentlichen in der

- Initiativfunktion, d. h. sie können Prozesse der Entwicklung und Einbindung von Case Management initiieren und deren Verbindlichkeit gewährleisten,
- Vorbildfunktion, d. h. sie vertreten und symbolisieren die Werte, die Inhalte, die fachliche Ausgestaltung von Case Management,
- Dienstleistungsfunktion, d. h. sie sind verantwortlich für die Bereitstellung geeigneter Ressourcen und unterstützen die Case ManagerInnen in ihrer Tätigkeit (vgl. hierzu Gissel-Palkovich 2002, 240 ff.).

Aufgrund der Komplexität und Vielschichtigkeit von Case Management und seiner damit verbundenen Ausdehnung über den eigentlichen Anwendungsbereich hinaus, muss die Implementierung von Case Management als eine organisationsweite Aufgabe angesehen werden. Case Management bedarf daher einer organisationsweit getragenen Entscheidung und Akzeptanz. Diese zu initiieren und zu unterstützen sowie die zentrale Verantwortung dafür zu übernehmen, ist Aufgabe der Organisationsleitung (beispielsweise der Geschäftsführung oder der Amtsleitung). Die damit verbundenen Anforderungen beziehen sich jedoch nicht alleine auf das „Top-Management", sondern auf sämtliche Führungskräfte in der Organisation. Damit sind hohe Anforderungen an sie verbunden. Da Case Management Kooperation und Offenheit zwischen allen Beteiligten verlangt, müssen sie im Sinne ihrer Vorbildfunktion diese umsetzen. Die flexiblen Strukturen und die größeren Entscheidungs- und Gestaltungsspielräume die Case Management benötigt, erfordern von einigen Führungskräften eine Abkehr von traditionell hierarchisch geprägten Verhaltensweisen und Führungsstilen. Zwar haben sich in den letzten Jahren, auch im Rahmen von Organisationsentwicklung und Verwaltungsreform, zunehmend kooperative Führungsstile (vgl. Maelicke 2003, 515f.) in den Organisationen entwickelt und wurden, im Sinne von Lean Management, Verantwortlichkeiten an die ausführende Ebene delegiert und ihr Gestaltungsräume eröffnet, doch fällt es vielen Führungskräften immer noch schwer, Verantwortung und Kompetenzen abzugeben. Ohne dirigistische Zurückhaltung seitens der Führungskräfte und klaren Regelungen und Überprüfungssystemen, z. B. durch Zielvereinbarungen und Qualitätssicherung, wird sich der Anspruch eines effektiven und effizienten Case Managements nicht einlösen lassen. Allerdings scheint die Entwicklung der Implementierung eines innerorganisatorischen Kontraktmanagements noch am Anfang zu stehen und das nicht alleine in Deutschland (vgl. Reis 2005, 16). Für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement gilt, dass zwar vielerorts die frei-gemeinnützigen Träger erhebliche diesbezügliche Anstrengungen unternommen haben, der Ausbau von Qualitätsmanagement bei den öffentlichen Trägern jedoch eher noch am Anfang steht bzw. noch nicht einmal begonnen hat.

6.3.5 Veränderte Kompetenzanforderungen

Case Management stellt an die auf der fallbezogenen Handlungsebene tätigen Akteure erhebliche Anforderungen in Bezug auf die Entwicklung beraterischer, managerialer und vernetzender Kompetenzen. Das Kompetenzprofil „Case Manager" (vgl. Löcherbach 2002, 218) beinhaltet wesentliche Elemente sozialarbeiterischer Handlungskompetenz. Professionelle Handlungskompetenz bezieht sich dabei nicht alleine auf das praktische Können, sondern auf eine Syn-

these aus theoretischem Wissen, praktischem Können und einer angemessenen beruflichen Haltung (vgl. Spiegel 2004).

Im Rahmen der Personalpolitik und Personalentwicklung kann daher berücksichtigt werden, dass SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen aufgrund ihrer Ausbildung bereits erhebliche Qualifikationsmerkmale eines Case Managers bzw. einer Case Managerin mitbringen. Sie haben in der Regel während ihres Studiums Kenntnisse in Gesprächsführung und Rechtsgrundlagen erworben, verfügen über pädagogisches, soziologisches, psychologisches und medizinisches Basiswissen, wissen über Lebenswelten und Lebenslagen der unterschiedlichsten Adressatengruppen (z. B. Jugendliche, Migranten und MigrantInnen, Familien).

Allerdings kann bei dieser Berufsgruppe eine Qualifizierung in Bezug auf die Entwicklung von Managementkompetenzen notwendig werden. Damit verbunden sind Anforderungen, die möglicherweise ein anderes Selbstverständnis der Akteure erforderlich machen. So folgen viele SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen einem eher beraterisch-therapeutischen Selbstverständnis, welches auf die helfende Beziehung, auf Beziehungsaufbau und -pflege gerichtet und nicht leicht mit „Management“ in Verbindung zu bringen ist (vgl. Wendt 1995, 102; zur Beziehungsarbeit vgl. Klug 2004). Eine erhebliche Zahl verfügt über therapeutisch ausgerichtete Zusatzqualifikationen (z. B. in systemischer Familienberatung/-therapie) und steht managementorientierten Handlungsformen eher skeptisch gegenüber. Diese Skepsis ist mit der damit verbundenen möglichen Gefahr der Technokratisierung sozialarbeiterischer Handlungsvollzügen begründet. Gleichwohl erfordert die sozialarbeiterische Praxis die Einbeziehung von effizienz- und managementorientierten Elemente in sozialarbeiterisches Handeln. Andernfalls droht ihr die Gefahr – angesichts steigender Fallzahlen bzw. / und erhöhter Fallkomplexität bei gleichzeitiger Abnahme bzw. Stagnation der Ressourcen – zunehmend handlungsunfähiger zu werden. Reflexive Handlungskompetenz kann daher nicht bedeuten, Managementkonzepte vorschnell abzuwehren, sondern ihre Risiken und Möglichkeiten auszuloten und sie im Sinne einer ausgewogenen Balance zwischen einzelfallbezogener Hilfe und Steuerung einzubeziehen. Diese Diskussion innerhalb der Organisationen zuzulassen, kann ein förderliches Element der Organisationsentwicklung im Sinne einer lernenden Organisation sein.

Auch wenn das Kompetenzprofil „Case Manager“ darauf hindeutet, ist bisher nicht geklärt, ob sozialarbeiterisch / sozialpädagogische Qualifikationen die Basis von Case Management darstellen, oder inwieweit die Qualifikationen anderer Berufsgruppen, wie Ärzte, Krankenschwestern, Pflegefachkräfte, ebenso als Basisqualifikationen gelten können (vgl. Löcherbach 2002, 225). Festzustellen ist, dass Case Management auch von nichtpädagogischen Kräften ausgeführt wird. Diese Entwicklung erfordert aus professionsspezifischer Perspektive der Sozialen Arbeit eine genauere Reflexion, die an dieser Stelle nicht geleistet werden kann, sondern es sollen lediglich damit verbundene Qualifizierungsaufgaben der sozialen Organisationen angesprochen sein. Für diese Gruppe gilt, dass hier oftmals erheblicher Qualifizierungsbedarf in Bezug auf Gesprächsführung, Konzepte der Lebenslagen und Lebenswelten der Adressaten, Netzwerkarbeit, gesetzliche Grundlagen und die Entwicklung interkultureller Kompetenz besteht und Case Management auch für diese Berufsgruppen mit einem Wandel ihres Selbstverständnisses verbunden sein kann. So waren beispielsweise eine erhebliche Anzahl der FallmanagerInnen der Job Center zuvor als SozialhilfesachbearbeiterIn oder in der Sachbearbeitung im Rahmen der Arbeitsverwaltung tätig. Durch die Einführung von Fallmanagement verändert sich ihre Arbeitsweise und der Umgang mit dem Klientel. Der notwendig werdende Einzelfallbezug

stellt sie vor die Herausforderung, die Spezifika und Probleme des Einzelfalls stärker als bisher in den Mittelpunkt ihres Handelns zu stellen. Damit verbunden ist eine veränderte Arbeitsweise und Problemperspektive. Während sich bisher das Handeln an der Logik von Verwaltungsverfahren, d. h. maßgeblich an formale Regeln und Prinzipien, orientierten konnte, muss sich nunmehr das Handeln zunehmend nach der Notwendigkeit des Einzelfalls ausrichten. Dies bedeutet, dass Handlungssicherheit gebende, vorab definierte und festgelegte Handlungs- und Verfahrensweisen verlassen werden müssen, damit flexibel auf den Einzelfall eingegangen werden kann. In diesem Sinne können Ziele definiert und verfolgt werden, die Mittel zur Zielerreichung bleiben aber den im Einzelfall handelnden Personen überlassen. Hinzukommen Anforderungen der Kooperations- und Netzwerkarbeit. Auch diese gehörten bislang nicht zwangsläufig zu dem Tätigkeitsprofil im Rahmen einer Sachbearbeitung (vgl. Ministerium für Wirtschaft und Arbeit 2003, 75ff.).

Case Management stellt daher einige Akteure vor die Herausforderung, sich einer veränderten Logik der Fallbearbeitung zu öffnen, die durch ihre geringere Formalisierbarkeit gekennzeichnet ist und ihnen einerseits mehr Spielräume für die Berücksichtigung des Einzelfalls, andererseits aber auch mehr Verantwortung überträgt. Das Einlassen auf den Einzelfall erfordert diagnostische Kompetenz und eine hohe Kommunikations- und Konfliktfähigkeit. Diese Fähigkeiten werden nicht zwangsläufig mitgebracht, sondern bilden sich oftmals erst im Laufe von Lernprozessen heraus. Im Rahmen von Organisationsentwicklung ist darüber hinaus zu berücksichtigen, dass möglicherweise MitarbeiterInnen durch Umstrukturierungen bzw. Stellenumschichtungen in dieses Arbeitsfeld gelangen, mit der Folge, dass die geforderten Haltungs- und Handlungsveränderungen nicht per se von ihnen begrüßt werden müssen.

Unabhängig der berufsspezifischen heterogenen oder homogenen Zusammensetzung der zu Qualifizierenden, liegt eine Chance der Organisationsentwicklung in der Einbindung von Qualifizierungsmaßnahmen in den Kontext organisationalen Lernens.

Personalentwicklung in diesem Sinne setzt an den Kommunikationsstrukturen an und verfolgt eine gemeinsame organisationale Wert- und Wissensbasis, auf deren Grundlage neue Problemlösungs- und Handlungsstrategien und -kompetenzen entwickelt werden können. Die Entwicklung von institutionalisierten, (gegebenenfalls) professionsübergreifenden Räumen des gemeinsamen Lernens (z. B. Teams, kollegiale Beratungsgruppen, Qualitätsgruppen / -zirkel, Supervisionsgruppen) ist dabei ein wesentlicher Faktor.

6.4 Fazit

Case Management kann die Praxis der Sozialen Arbeit bei der Bewältigung aktueller und zukünftiger Anforderungen methodisch unterstützen und somit ihre Handlungsfähigkeit erhalten. Im Rahmen seiner konzeptionellen Ausgestaltung und Implementierung sind jedoch verschiedene Aspekte (wie seine Bedeutung als Instrument des sozialstaatlichen Wandels, seine Gewichtung als Beratungs- / Fallsteuerungskonzept, die Gefahren einer einseitigen Effizienzorientierung, seine Anforderungen an die Organisationen und Träger Sozialer Arbeit) einzubeziehen und in ihrer Bedeutung und Auswirkung für die Soziale Arbeit und ihre Adressaten zu reflektie-

ren. Insbesondere besteht Bedarf im Hinblick auf seine theoretische und methodische Fundierung und Konturierung. Eine stärkere Verknüpfung mit theoretischen Konzepten Sozialer Arbeit ebenso wie seine stärkere Ausarbeitung auf der Methodenebene wird umso notwendiger, je mehr der Ansatz als sozialpolitisches Steuerungsinstrument implementiert wird.

Für die Organisationsentwicklung gilt, dass mit der Implementierung von Case Management ein organisationsweites Bewusstsein für Case Management geschaffen werden muss. Aufgrund seiner Komplexität als Fall- und Systemsteuerungskonzept bleiben damit verbundene Veränderungsanforderungen nicht auf seinen direkten Anwendungsbereich begrenzt, sondern beziehen andere Organisationsbereiche mit ein. So benötigt es eine angemessene Primär- und Sekundärorganisation, es benötigt Führungskräfte, die sich für Case Management verantwortlich fühlen, ebenso wie es organisationskulturelle Veränderungen notwendig macht und neue Kompetenzanforderungen an die tätigen Fachkräfte stellt.

Angesichts des in den letzten Jahren erheblichen Wandels in den sozialen Organisationen, z. B. durch die Verwaltungsreform und Organisationsumstrukturierungen sowie den damit gemachten Erfahrungen besteht bei vielen Fach- und Führungskräften jedoch eine nachvollziehbare Zurückhaltung und Ermüdung gegenüber neuen Veränderungen und Skepsis gegenüber den damit verbundenen Anforderungen und Verbesserungshypothesen. Im Rahmen von Organisationsentwicklung ist daher darauf zu achten, dass in vielen Organisationen mit der Einführung von Case Management das Rad nicht neu erfunden werden muss, sondern an Bestehendes (z. B. an vorhandene Teamstrukturen) und damit an die bereits von den Akteuren geleisteten Veränderungsprozesse angeknüpft werden kann. Case Management kann damit sowohl als Instrument der Initiierung des organisationellen Wandels, als auch als Instrument der Qualifizierung und Weiterentwicklung von bereits geleisteten Organisationsentwicklungsprozessen bedeutsam sein.

Literatur

Behrendt, Hans / Reckert, Werner 1998: Und dann auch noch lächeln. Berater berichten von ihren Erfahrungen in der Beratungspraxis mit sozialen Einrichtungen. In: Sozialmagazin, 23. Jg., Heft 6. 18-27.

Bertelsmann Stiftung / Hans-Böckler-Stiftung / KGST 2002: Lokale Beschäftigungsförderung – Aufgabe der Kommunen, Offenbach am Main.

Brülle, Heiner 2005: Umsetzung des SGB II: Das Optionsmodell – Integrierte kommunale Beschäftigungsförderung und Sozialpolitik. In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit. Hartz IV – Umsetzung, Chancen und Risiken, 36. Jg. 1. 88-103.

Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit (BMWA) 2004: Fallmanagement nach SGB II (derzeitiger Diskussionsstand), 10. Mai, Berlin.

Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (QS10) 1997: Qualitätssicherung durch Zusammenarbeit. In: QS – Materialien zur Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendhilfe, Bonn.

Bundestagsdrucksache 15/1516, Berlin.

DAHME, HEINZ-JÜRGEN ET AL. (Hrsg.) 2003: Soziale Arbeit für den aktivierenden Sozialstaat, Opladen.

DAHME, HEINZ-JÜRGEN / WOHLFAHRT, NORBERT 2002: Aktivierender Staat: ein neues sozialpolitisches Leitbild und seine Konsequenz für die soziale Arbeit. In: Neue Praxis, 32. Jg. 1. 10-32.

DEUTSCHER VEREIN FÜR ÖFFENTLICHE UND PRIVATE FÜRSORGE (Hrsg.) 1976: Empfehlungen zur Teamarbeit in sozialen Diensten. In: Kleinere Schriften des Deutschen Vereins, Frankfurt am Main.

DEUTSCHER VEREIN FÜR ÖFFENTLICHE UND PRIVATE FÜRSORGE 2004: Empfehlungen des Deutschen Vereins zu Qualitätsstandards für das Fallmanagement. In: Nachrichten des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge (NDV), 84. Jg. Mai Nr. 5. 149-153.

DEUTSCHER VEREIN FÜR ÖFFENTLICHE UND PRIVATE FÜRSORGE (Hrsg.) 2002: Profil für einen Kommunalen Sozialdienst, Frankfurt am Main.

FACHGRUPPE CASE MANAGEMENT DER DGS (Hrsg.) 2005: Leitprinzipien. Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. In: Case Management, Heft 1. 44-55.

FLICK, UWE 2000: Konstruktion und Rekonstruktion. Methodologische Überlegungen zur Fallrekonstruktion. In: KRAIMER, KLAUS (Hrsg.): Die Fallrekonstruktion. Sinnverstehen in der sozialwissenschaftlichen Forschung, Frankfurt am Main, 179-200.

GALUSKE, MICHAEL / MÜLLER, C. WOLFGANG 2001: Handlungsformen in der Sozialen Arbeit. Geschichte und Entwicklung. In: OTTO, HANS-UWE / THIERSCH, HANS (Hrsg.): Handbuch Sozialarbeit / Sozialpädagogik, 2. völl. überarb. Aufl., Neuwied / Kriftel. 485-508.

GALUSKE, MICHAEL 2001: Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung, 4. Aufl., Weinheim / München.

GEIßLER, K.A. / HEGE, MARIANNE 1995: Konzepte sozialpädagogischen Handelns. Ein Leitfaden für soziale Berufe, Weinheim / München, 7. Auflage.

GEHRMANN, GERD / MÜLLER, KLAUS 1998: Praxis Sozialer Arbeit. Familie im Mittelpunkt, Regensburg.

GISSEL-PALKOVICH, INGRID 2002: Total Quality Management in der Jugendhilfe? Von der Qualitätssicherung zur umfassenden Qualitätsentwicklung in der Sozialen Arbeit, Münster / Hamburg / London.

GISSEL-PALKOVICH, INGRID 2004: Abenteuer ASD. Aktuelle Anforderungen und methodische Konsequenzen. In: Sozialmagazin, 29. Jg., Heft 9. 12-28.

GREESE, DIETER ET AL. 1996: Allgemeiner Sozialer Dienst. Jenseits von Allmacht und Ohnmacht, Münster.

HANSEN, ECKHARD 2005: Das Case / Care Management. Anmerkungen zu einer importierten Methode. In: Neue Praxis, Heft 2. 107-125.

HERMSEN, THOMAS 2005: Case Management in der Kinder- und Jugendhilfe auf dem wissenschaftlichen Prüfstand. In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, Heft 4. 46-47.

HENDRIKSEN, JOREON 2000: Intervision. Kollegiale Beratung in Sozialer Arbeit und Schule, Weinheim / Basel.

HERRIGER, NORBERT 2002: Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung, 2. überarb. Aufl., Stuttgart / Berlin / Köln.

HERWIG-LEMPP, JOHANNES 2004: Ressourcenorientierte Teamarbeit. Systemische Praxis der kollegialen Beratung, Göttingen.

JANSEN, BERND / SCHRAPPER, CHRISTIAN 1994: Zur Gruppendynamik des „Zusammenwirkens mehrerer Fachkräfte“: In: Institut für soziale Arbeit (Hrsg.): Hilfeplanung und Betroffenenbeteiligung, Münster. 102-112.

KÄHLER, HARRO DIETRICH 1999: Berufliche Beziehungen in der sozialen Arbeit. In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, 30. Jg., Heft 3. 151-168.

KESSL, FABIAN / OTTO, HANS-UWE 2003: Aktivierende Soziale Arbeit. Anmerkungen zur neosozialen Programmierung Sozialer Arbeit. In: DAHME, HEINZ-JÜRGEN ET AL. (Hrsg.) 2003: Soziale Arbeit für den aktivierenden Sozialstaat, Opladen. 57-73.

KILB, RAINER 1999: Kooperation als neuer „Königsweg“ oder: ist Kooperation in der Konkurrenzsituation überhaupt möglich? In: Sozialmagazin, 24. Jg., Heft 5. 44-48.

KLEIN, MARTIN / LANGNICKEL, HANS 2004: Case Management in der Bundesagentur für Arbeit: Schnittstellenmanagement als erfolgskritischer Faktor. In: Nachrichten des Deutschen Vereins. 204-209.

KLEIN, MARTIN / MENNEMANN, HUGO 2005: Vernetzung muss sich lohnen – Case Management als Voraussetzung für Sozialreformen. In: Blätter der Wohlfahrtspflege, Juli. 243-246.

KLUG, WOLFGANG 2002: Case Management im US-amerikanischen Kontext: Anmerkungen zur Bilanz und Folgerungen für die deutsche Sozialarbeit. In: LÖCHERBACH ET AL. (Hrsg.): Case Management. Fall- und Systemsteuerung in Theorie und Praxis, 37-62.

KLUG, WOLFGANG 2004: Case Management und Beziehungsarbeit. Einsichten aus einem Modell der Bewährungshilfe. In: Blätter der Wohlfahrtspflege, Heft 2. 53-54.

KOLBE, CHRISTIAN / REIS, CLAUS 2005: „Case Management in der Sozialhilfe und der kommunalen Beschäftigungsförderung“ Ein Probelauf für das Fallmanagement? In: ARCHIV für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit. Hartz IV – Umsetzung, Chancen und Risiken, 36. Jg., Heft 1. 62-75.

KOMMUNALE GEMEINSCHAFTSSTELLE FÜR VERWALTUNGSVEREINFACHUNG (KGST) 1998: Kontraktmanagement zwischen öffentlichen und freien Trägern der Jugendhilfe, Bericht 12, Köln.

LÖCHERBACH, PETER ET AL. (Hrsg.) 2002: Case Management. Fall- und Systemsteuerung in Theorie und Praxis, Neuwied / Kriftel.

LÖCHERBACH, PETER 2002: Qualifizierung im Case Management – Bedarf und Angebote. In: LÖCHERBACH, PETER ET AL. (Hrsg.): Case Management. Fall- und Systemsteuerung in Theorie und Praxis, Neuwied / Kriftel. 201-226.

MAASER, WOLFGANG 2003: Normative Diskurse der neuen Wohlfahrtspolitik. In: DAHME, HEINZ-JÜRGEN ET AL.: Soziale Arbeit für den aktivierenden Staat, Opladen. 17-36.

MAELICKE, BERND 2003: Sozialmanagement. In: ARNOLD, ULLI / MAELICKE, BERND (Hrsg.): Lehrbuch der Sozialwirtschaft, Baden-Baden. 437-577.

MÄDER, SUSANNE / SCHMIDT, STEFAN 2005: Anforderungen an ein Joint Venture in der öffentlichen Verwaltung. Empirische Befunde zu „weichen“ Erfolgsfaktoren der ARGE nach § 44 b SGB II. In: Nachrichten des Deutschen Vereins, Juni. 203-208.

MERCHEL, JOACHIM 2003: Trägerstrukturen in der Soziale Arbeit. Eine Einführung, Weinheim / München.

NEUFFER, MANFRED 2002: Case Management. Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien, Weinheim / München.

MINISTERIUM FÜR WIRTSCHAFT UND ARBEIT DES LANDES NORDRHEIN-WESTFALEN (Hrsg.) 2003: Case Management. Theorie und Praxis, Düsseldorf.

REIS, CLAUS 2002: Case Management als zentrales Element einer dienstleistungsorientierten Sozialhilfe. In: LÖCHERBACH, PETER ET AL. (Hrsg.): Case Management. Fall- und Systemsteuerung in Theorie und Praxis, Neuwied / Kriftel. 167-183.

REIS, CLAUS / BRÜLLE, HEINER 2004: Arbeitsorganisation im Job Center – Plädoyer für einen Perspektivwechsel in einer verfahrenen Debatte. In: Nachrichten des Deutschen Vereins, Mai. 159-167.

REIS, CLAUS 2005: Welche Wirkungen hat Fallmanagement? Einige Überlegungen zur Implementierung von Case Management. In: Case Management, Heft 1. 10-18.

REMMEL-FAßBENDER, RUTH 2002: Case Management – eine Methode der Sozialen Arbeit: Erfahrungen und Perspektiven. In: LÖCHERBACH, PETER ET AL.(Hrsg.): Case Management. Fall- und Systemsteuerung in Theorie und Praxis, Neuwied / Kriftel. 63-80.

RIET VAN, NORA / WOUTERS, HARRY 2002: Case Management. Ein Lehr- und Arbeitsbuch über die Organisation und Koordination von Leistungen im Sozial- und Gesundheitswesen, Luzern.

SPIEGEL VON, HILTRUD 2004: Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit, München / Basel.

STARK, WOLFGANG 1996: Empowerment. Neue Handlungskompetenzen in der psychosozialen Praxis, Freiburg im Breisgau.

THIERSCH, HANS 2000: Lebensweltorientierung in der Sozialen Arbeit – als radikalisiertes Programm. In: MÜLLER, SIEGFRIED ET AL. (Hrsg.) 2000: Soziale Arbeit. Gesellschaftliche Bedingungen und professionelle Perspektiven, Neuwied / Kriftel. 529-545.

TIETZE, KIM-OLIVER 2003: Kollegiale Beratung. Problemlösungen gemeinsam entwickeln, Reinbek bei Hamburg.

TRUBE, ACHIM 2003: Aktivierender Sozialstaat – Programmatik, Praxis und Probleme. In: Deutscher Verein (Hrsg.): Nachrichten des Deutschen Vereins, August. 334-341.

TRUBE, ACHIM 2005: „Besser irgendeine Arbeit als keine Arbeit?" – Kritik einer qualitätsblinden Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik. In: WSI-Mitteilungen. Monatszeitschrift des Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Instituts in der Hans-Böckler-Stiftung. 186-191.

WENDT, WOLF RAINER (Hrsg.) 1991/1995: Unterstützung fallweise. Case Management in der Sozialarbeit, Freiburg im Breisgau.

WENDT, WOLF RAINER 2001: Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung, Freiburg im Breisgau.

WENDT, WOLF RAINER 2002: Case Management: Stand und Positionen in der Bundesrepublik. In: Case Management. Fall- und Systemsteuerung in Theorie und Praxis, Neuwied / Kriftel.

WENDT, WOLF RAINER 2004: Case Management in Deutschland. Viel gelobt, noch zu wenig praktiziert. In: Blätter der Wohlfahrtspflege, Heft 2. 43-49.

Autorin

Prof. Dr. Ingrid Gissel-Palkovich, geb. 1955 – ist Erziehungswissenschaftlerin und Diplom-Sozialarbeiterin, lehrt als Professorin für Soziale Arbeit an der Fachhochschule in Kiel, langjährige Berufserfahrung als Diplom-Sozialarbeiterin in Fach- und Leitungsfunktionen, zertifizierte Case Management-Ausbilderin (DGCC).

Case und Care Management

Wolf Rainer Wendt

7 Case und Care: was im Case Management zu besorgen ist

In der Entwicklung des Konzepts und der Praxis des Case Managements verdienen zwei Gesichtspunkte besondere Aufmerksamkeit: der *Fall* und die *Sorge* um ihn. Um Fälle und um Sorgen herum ist Organisation nötig, und das Case Management leistet sie. Das Verständnis, „was der Fall ist", charakterisiert das Verfahren ebenso wie die Auffassung von *Care* in Hinblick auf die Arbeit, die fallweise zu tun ist. In den ihr zuzurechnenden Aktivitäten erfolgt der an den Fall geknüpfte Bewältigungsprozess. Mit den Anwendungen, welche die Methode Case Management gefunden hat, stellt sich seine Einbettung in institutionelle bzw. zu organisierende Arrangements und in eine Politik heraus, welche die Versorgung mit sozialen und gesundheitlichen Dienstleistungen mit der Eigensorge ihrer Empfänger zu verbinden sucht.

Um den bezeichneten Zusammenhang eingehender beschreiben zu können, sind einige begriffliche Festlegungen angebracht. Während zum Verständnis des *Falles* immer schon darauf hingewiesen wurde, dass damit nicht die betroffene Person gemeint ist, sondern ihre problematische Situation (Wendt 2008, 37 ff.), hat der Terminus *Care* im fachwissenschaftlichen, sozial- und gesundheitspolitischen Sprachgebrauch erst in den letzten beiden Jahrzehnten eine außerordentliche Karriere gemacht. Er ist vieldeutig und deckt begrifflich verschiedene Seiten der formellen und informellen Bemühungen um das Wohlergehen von Menschen ab. In der Beziehung von *Case* und *Care* aufeinander kann die programmatische Weiterentwicklung von Case Management diskutiert werden.

Fall und *Sorge* sind als Determinanten des Handelns im Case Management nicht auf ein bestimmtes Fach- und Anwendungsgebiet festgelegt. Ob und wie im Einzelfall medizinisch, pflegerisch, pädagogisch, juristisch usw. vorzugehen ist oder ob in jeder dieser Hinsichten etwas zu tun ist, stellt sich im Verlauf des Verfahrens heraus. Der Bedarf, das Nötige und die Möglichkeiten der Abhilfe sind Gegenstand der Sorge, die man im Case Management walten lässt und die mit den Betroffenen geteilt wird. Das Handlungskonzept lässt Raum für die verschiedensten Besorgungen, die fallweise zu erledigen sind und von den Beteiligten übernommen werden können.

7.1 Care: Semantik und Politik

Das Handlungskonzept Case Management verdankt seine Verbreitung politischen Wendungen, welche das gesamte Feld des Sozial- und Gesundheitswesens einer Revision unterziehen. Der Staat braucht den in Belangen seiner Wohlfahrt aktiven Bürger; er soll in Eigenverantwortung teilhaben an der Gestaltung der ihm zustehenden sozialen Leistungen. Die an ihrer Erstellung Mitwirkenden sollen kooperieren, eingeschlossen freiwillige Unterstützer und die gemeinschaftliche Selbsthilfe. Der neuen Sicht kommt das Bedeutungsspektrum des Begriffs *care* entgegen.

> *„Care has become the concern of policy across the board – health, social, employment, education, income policies and prison policy. Who provides care, whether it be the state, family, voluntary, independent or private sector, and the mixture and balance of such providers are increasingly important areas for debate. Over the last twenty years the equilibrium between sectors has shifted dramatically, altering the face of welfare and bringing the concept of care in the forefront of historic debate." (Phillips 2007, 34)*

Care bedeutet primär eine sorgende Tätigkeit und persönliche Leistung, durch die einzelne Menschen mit dem für sie Notwendigen versehen werden. Der Begriff umfängt aber mit der Dimension „caring about" in Orientierung auf die Herstellung, den Unterhalt und die Wiederherstellung dessen, was in der Umwelt und Mitwelt nötig ist, sowie mit der Dimension „taking care of" in Übernahme von Verantwortung dafür, dass das Nötige geschieht, viel mehr. (Fisher / Tronto 1990, 40 ff.). Zum Sinn des englischen Wortes gehört eine Art von Engagement und das Akzeptieren einer Bürde (Tronto 1993, 102 f.). „Care is both a practice and a disposition." (Tronto 1993, 104). Diese Konnotationen besitzt auch das deutsche Wort Sorge im aktiven Modus des Sorgens. Wenn etwas „gepflegt" wird, sind bestimmte Verrichtungen gemeint und es ist die Einstellung angesprochen, in der so gehandelt wird. Die elterliche Sorge bezeichnet eine Disposition, in der Eltern auf die Erziehung und Betreuung ihrer Kinder eingerichtet sind, das Handeln, mit dem sie diese Aufgabe erfüllen, und die soziale Beziehung, in der sie emotional auf ihre Kinder eingestellt sind und mit ihnen umgehen. Die Sorge ist Berechtigung und Verpflichtung. Sie will ausgeübt sein und bringt Arbeit mit sich.

Die feministische Forschung der vergangenen Jahrzehnte hat die Bedeutsamkeit dieser Sorgearbeit in den wissenschaftlichen und sozialpolitischen Blick gerückt. Einander nahestehende Menschen *kümmern sich* umeinander und besorgen dabei gemeinsame Belange oder die Bedürftigkeit eines Angehörigen. *Care* besteht in Selbstsorge, in Mitsorge und in Fürsorge. *Care* in diesem Sinne erfolgt informell im häuslichen Rahmen in der Pflege und zum Unterhalt eigenen und gemeinsamen Wohles und inkludiert private Vorsorge. Die Relation der Sorge setzt einen vorhandenen oder zu erwartenden Mangel voraus, den zu bewältigen man sich in sorgendem Handeln vornimmt. Es gibt in ihm Gebende und Empfangende und oftmals besteht eine Abhängigkeit derjenigen, die versorgt werden, von den sorgenden Personen (*carers* bzw. *caregivers*). Die Abhängigkeit wird aufgehoben im Gemeinschaftsbezug, in der die Sorge miteinander und füreinander mit der achtsamen Versorgung übereinkommt, die im Zusammenleben für alle, die an ihm teilhaben, nötig wird.

Als formell organisierter Prozess und als Produkt wird *Care*, so wie der Terminus als „social care", „medical care", „child care", „residential care" usw. international in Gebrauch ist, mit

„Versorgung“ gleichgesetzt. Diese Leistung kann institutionell (betrieblich) und professionell in personenbezogenem Dienst erbracht werden und sich mit informeller Selbstversorgung derer verbinden, die soziale und gesundheitliche Dienstleistungen in Anspruch nehmen. Das Notwendige, für das gesorgt wird, mag in einem materiellen Bedarf bestehen oder in einem immateriellen Bedarf, um den man sich psychosozial, medizinisch, pflegerisch und erzieherisch oder mit qualifizierenden und integrierenden Maßnahmen zu kümmern hat.

7.2 Care arrangieren

Mit dem Prozess der Deinstitutionalisierung begann in den 1970er Jahren der Strukturwandel im Sozial- und Gesundheitswesen und mit ihm bekam das Case Management seinen primären Auftrag. Im angelsächsischen Raum bildeten sich Formen gemeindenaher Versorgung – *community care* – aus und wurden in Großbritannien nach dem Griffiths Report „Community Care: Agenda for Action“ 1988 und dem White Paper „Caring for People“ 1989 mit dem *National Health Service and Community Care Act* 1990 institutionell etabliert (vgl. zur weiteren Entwicklung Means / Richards / Smith 2008). In diesem Rahmen waren neben dem formellen Dienstleistungsangebot die Freiwilligenarbeit und informelle Hilfen, insbesondere im familiären und häuslichen Rahmen anzuerkennen. Sorgende und pflegende Angehörigen (carers) wurden nun als Partner in der Versorgung wahrgenommen. Man bedachte sie in Großbritannien mit dem *Carers (Recognition and Services) Act* 1995 und dem *Carers Assessment and Carers (Equal Opportunities) Act* 2004 und jüngst mit dem sozialpolitischen Programm *Carers at the heart of 21st century families and communities. “A caring system on your side. A life of your own.”* (HM Government 2008) Das Versorgungssystem soll auf die familiär und unbezahlt sorgenden Personen bauen können und diese sollen eine vielseitige Unterstützung erhalten.

Die Ausweitung des politischen wie des theoretischen Verständnisses von Care betrifft vornehmlich den sozialen Bereich jenseits der medizinischen Versorgung. Social care wird als personenbezogene Innenseite des ganzen Wohlfahrtsregimes diskutiert. „Social care“, so Kröger (2001, 4) in Anschluss an Daly/Lewis (2000), „is here understood as assistance that is provided in order to help children or adult people with the activities of their daily lives and it can be provided either as paid or unpaid work by professionals or non-professionals and it can take place as well in the public as in the private sphere”. Sozial zu besorgen ist ein individueller Zuschnitt von Leistungen, wobei deren Passform möglichst von den Adressaten bestimmt wird. Ihnen wird zugestanden und zugemutet, sich die Unterstützung für ihren eigenen Bewältigungsprozess zurechtzulegen. Im Englischen steht dafür das Stichwort *Personalisierung*. In offizieller Lesart bedeutet Personalisierung „the way in which services are tailored to the needs and preferences of citizens. The overall vision is that the state should empower citizens to shape their own lives and the services they receive.” (HM Government 2007, 33)

Einem Care Management fällt die Aufgabe zu, im lokalen Gemeinwesen und in den humandienstlichen Infrastrukturen nutzbare Arrangements zu organisieren, in denen oder mit denen ein individuelles Auskommen möglich wird. Dazu muss eine Netzwerkarbeit geleistet werden, die das formelle Geflecht dienstlicher Angebote mit informellen und persönlichen Hilfenetzen, soweit vorhanden, zu verknüpfen gestattet. Für die Entwicklung solcher Arrangements gibt es

in England seit 2005 das regierungsamtliche Pilotprogramm „Partnerships for Older People Projects" (POPPs). Es soll präventiv und alltagsbezogen die Lebensqualität und das häusliche Zurechtkommen von Hochaltrigen fördern. Beiträge dazu werden von verschiedenen Dienstleistern und informellen Helfern im lokalen Umfeld herangezogen und man koordiniert deren Einsatz. Die Partnerschaft bewährt sich in jedem Einzelfall.

Eine analoge Aufgabenstellung kommt in Deutschland den Pflegestützpunkten nach § 92 c SGB XI zu. Sie sollen alle für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote koordinieren und vernetzen. Das erfordert eine manageriale Aufbereitung des Feldes zur fallweisen Pflegeberatung und Versorgung. Zweckmäßig sieht z. B. die Rahmenvereinbarung über die Errichtung von Pflegestützpunkten in Nordrhein-Westfalen vom Februar 2009 eine enge Zusammenarbeit der kostentragenden Kassen und der Gebietskörperschaft „bei der Organisation komplexer Hilfearrangements" vor. Unter der Überschrift „Bündelung und Vernetzung" heißt es:

> *„Die Träger der Pflegestützpunkte vereinbaren auf der Ebene der Kreise und kreisfreien Städte, wie bestehende Angebote der Wohnraumberatung, andere komplementäre Unterstützungsangebote und Beratung … in die Arbeit der Pflegestützpunkte eingebunden oder mit ihnen verbunden werden."*

Das überindividuell und auf der Organisationsebene zu leistenden *Care Management* schafft die Voraussetzungen für ein Case Management, das im Einzelfall auf ein passendes Arrangement hinarbeitet.

Die Vieldeutigkeit von Care erlaubt, sowohl die professionell geleistete gesundheitliche und soziale Versorgung als auch die Eigensorge von Personen und die häusliche Versorgung, die insbesondere von Frauen im familiären Rahmen geleistet wird, diskursiv in einem semantischen Feld wie dann auch in der professionellen und sozialwirtschaftlichen Praxis zu vereinen und aufeinander zu beziehen. Die privaten und informellen Arrangements des Zurechtkommens werden zum Gegenstand komplementärer und kompensatorischer Bemühungen, anstatt dass einer Person direkt Leistungen zugewiesen werden. Der Bedeutungsumfang von Care gestattet, im politischen Diskurs des „aktivierenden Staates" die Verantwortungsteilung der Akteure im humandienstlichen Versorgungsgeschehen anzusprechen und den Erstellungsprozess entsprechend zu figurieren. Ökonomisch legen die Kostenträger, insbesondere die Versicherer, in ihren Konzepten von *Managed Care* Wert auf die Stärkung von Selbstsorge und Eigenbeteiligung (Doyle / Joyce / Caplan / Larson 2002).

Die in der sozialen und gesundheitlichen Versorgung erstrebte Herstellung individueller Wohlfahrt geschieht in Koproduktion. Sie stützt sich, wie nun zunehmend wahrgenommen wird (Wilson 1994), auf die Selbstsorge und Selbsthilfe der Empfänger sozialer und gesundheitlicher Dienstleistungen eben so sehr wie auf die Fähigkeit der professionell Sorgenden, sich mit ihrem Gegenüber abzustimmen. Die Selbstbestimmung als Voraussetzung einer hinlänglichen Selbstversorgung der Leistungsberechtigten kann durch direkte Zahlungen an sie, etwa in Form eines persönlichen Budgets, gefördert werden. Andererseits ist das Angebot an Dienstleistungen passend zusammenzuführen. Es wird zu „packages of care" geschnürt und von „partners in care" geliefert (vgl. Department of Health 2001). Nicht nur von den Leistungserbringern wird eine

Kooperation in Partnerschaft erwartet; sie sollte so angelegt sein, dass sie auch die Adressaten einer Versorgung als Partner einbeziehen kann – eine Bedingung für die Effizienz und Effektivität der Koproduktion sozialen und gesundheitlichen Wohlergehens (Carnwell / Buchanan 2009).

Seitens der Erbringer ist Partnerschaft insbesondere in Formen *integrierter Versorgung* gefragt, mit der die Systemgrenzen zwischen dem stationären und ambulanten Leistungsbereich und zwischen medizinischen, pflegerischen und sozialen Diensten überwunden werden sollen, eingeschlossen die Einebnung des Grabens zwischen *cure* (im Akutfall) in medizinischer Zuständigkeit und *care* (im chronischen Fall) mit dem Schwerpunkt im Sozialen (Phillips 2007, 125ff.). Hier kommt das Case Management mit seiner Kompetenz zum Tragen, den Einsatz von verschiedenen Verrichtungen, Maßnahmen, Stellen und Personen nebeneinander und nacheinander zu koordinieren.

7.3 Das Verhältnis der Fallführung zum Care Management

Auf die rationale Organisation und die Optimierung von Versorgungsprozessen bezieht sich, wie bereits erörtert, der Ausdruck *Care Management*. Ein Care Management widmet sich den institutionalisierten Prozessen der Versorgung und der für sie nötigen Zusammenarbeit. Während Care Management das Versorgungsangebot gestaltet, ist das Case Management für dessen personen- und situationsbezogenen Zuschnitt zuständig, um damit den individuellen Erfordernissen und Sorgen der Adressaten der Versorgung zu begegnen. International und fachbezogen finden wir einen uneinheitlichen Gebrauch des Begriffs Care Management vor; hier betonen wir seine Bedeutung unabhängig von dem Sinn, den man ihm professionsspezifisch in der Medizin und Pflege beilegt.

Multidisziplinär spricht man von Pfaden der Versorgung (*care pathways*), wenn möglichst evidenz-basiert ein optimaler Ablauf stationärer oder ambulanter Behandlungsprozesse beschrieben wird (Wilson 1997; De Luc 2001; Johnson 2002). Die Manuale, die zu solchen Pfaden erstellt werden, unterscheiden sich nach ihrer Ausführlichkeit und Differenzierung. Sie dienen gleichermaßen der Qualitätssicherung und der Wirtschaftlichkeit des Vorgehens. Die Handhabung von standardisierten Behandlungsrahmen in der Steuerung der Krankenversorgung kann Sache eines *Pathway Management* sein. Von ihm hebt sich ein Care und Case Management durch seinen Personenbezug ab. Jeder einzelne Patient soll in einem großen Krankenhaus von der Aufnahme bis zur Entlassung auf einem optimalen Weg der Behandlung gehalten werden (Bostelaar / Pape 2008). Dabei handelt es sich um ein Case Management auch, wenn die Begleitung von Patienten im Kontinuum ihrer Versorgung nur virtuell per EDV und nicht durch einen leibhaftigen Fallmanager erfolgt.

Versorgungspfade, die auch klinische, Behandlungs-, Patienten- oder Kundenpfade heißen, sind jeweils für eine bestimmte Fallgruppe eingeführt, für die professionelle Arbeit vorgesehen und im fachlichen Verständnis definiert. Sie beschreiben das fallgruppenspezifische methodische Vorgehen und sehen von den Besonderheiten des einen oder anderen Einzelfalles ab. Ein Pfad

gibt gewissermaßen den Rat an, dem evidenzbasiert von Fachkräften in bestimmten Versorgungsprozessen gefolgt werden sollte. Es bleibt Aufgabe eines individuellen Case Managements, von einem vorhandenen Pfad abzuweichen bzw. ihn auf die Gegebenheiten des Falles anzupassen. Allerdings wird in der Fachdiskussion oft nicht hinreichend zwischen der Funktion des Case Managements, in der Prozessorganisation die Arbeitsabläufe zu optimieren, und Case Management in der Funktion unterschieden, unabhängig von vorgezeichneten Pfaden die individuelle Versorgung passgenau zu gestalten.

Der Terminus Care Management wird sowohl operativ auf einzelne Steuerungsvorgänge in der Gestaltung des Faktoreinsatzes in Prozessen der Behandlung, Unterstützung, Pflege und anderweitiger Hilfestellung angewandt als auch auf die Strategie einer Versorgung in einem bestimmten Handlungsbereich. In Großbritannien steht der Begriff für die gesetzlich regulierte Versorgungsform *community care* und bezeichnet hier die Aufgabenstellung von Case Management in der behördlichen Feststellung eines Versorgungsbedarfs, in der Planung der Bedarfsdeckung mit einzelnen Versorgungsleistungen und in der Aufsicht über ihre Erbringung in einem *mix of welfare*, zu dem die institutionellen und informellen Partner der Versorgung ihren Beitrag liefern.

Die Auslegung von *Care* im Sinne von Versorgung erlaubt, die verschiedenen Anwendungsbereiche des Handlungskonzepts Case Management zu übergreifen – seinen Einsatz in der Sozialen Arbeit, in der Pflege, in der stationären und ambulanten medizinischen Versorgung chronisch körperlich oder psychisch Kranker, in der Rehabilitation, in der Eingliederung randständiger Personengruppen und im Gebiet der Beschäftigungsförderung. Case Management wird in allen diesen Leistungsbereichen gebraucht – und zwar bevor im Einzelfall geklärt ist, welche sozialen oder gesundheitlichen Maßnahmen konkret angebracht ist. Für eine angemessene Versorgung ist erst einmal auszumachen, „was der Fall ist“. Deshalb setzt das Verfahren nicht mit der Fallführung ein, sondern mit dem Prozess des Erreichens und Findens der Adressaten sozialer und gesundheitlicher Dienste oder Programme. Der Zugang will eigens erschlossen und geregelt sein. Die Dimension im Case Management, die der Fallführung vorausgeht, schließt eine Menge Vorkehrungen ein, die man gewöhnlich in die Aufgabengebiete *outreach*, *access* und *intake* differenziert. Es handelt sich um eine schrittweise Erfassung und Zuordnung von Fällen, auf welchem Weg sich ein Handlungsbedarf als gegeben herausstellt, dessen sich dann ein individuelles Case Management annehmen kann.

7.4 Case Management in vermittelnder Funktion

Dem *Funktionssystem* der humandienstlichen Versorgung steht die Kontingenz des *Lebens* von Menschen und der Probleme, die sie mit ihm haben, gegenüber. Das System nimmt diese Probleme systemkonform wahr und bearbeitet sie entsprechend. Es erhält sich (in seinem Innern) nach Regeln, die seiner instrumentellen Verfassung entsprechen. Medizinische Dienste haben Krankheiten und darauf bezogene Behandlungsweisen im Blick; Jugendhilfe wacht über das Kindeswohl; Versicherer befassen sich mit definierten Schäden; Dienste am Arbeitsmarkt fördern primär Erwerbstätigkeit. Dagegen ist das Leben von Menschen auf eine subjektive Wohlfahrt eingerichtet und eigensinnig suchen sie in Belastungen, Krisen und Konflikten, die ihr

Leben mit sich bringt, nach Lösungen, die ihrer subjektiven Erfahrung nach wohlfahrtsdienlich sind. Kurz: *care* hier ist nicht gleich *care* dort. Der Erhalt individueller Lebensqualität und der Unterhalt des Systems formeller Versorgung, seine Selbststeuerung, liegen einander fern.

Das System sozialer und gesundheitlicher Versorgung ist mit seiner Organisation, seinem Programm und seinen vorgefertigten Prozeduren nicht auf die Besonderheiten des Einzelfalles eingerichtet. Die Sachlogik der vorgesehenen Leistungen und der eingerichteten Funktionen entspricht nicht der Logik individueller Lebensführung. Hier springt das Case Management ein, um eine Passung von Gegebenheiten persönlicher Existenz und Systemleistungen, von individuell nötiger Daseinsvorsorge und unpersönlichen Versorgungsprozessen auf den Fall bezogen herzustellen. Das Case Management besorgt eine Übersetzung, in der sich Personen mit ihren Bestrebungen auf die Strukturen und die Funktionsweise formeller Versorgung verstehen können und mit der diese auf individuelle Bedürfnisse eingestellt wird.

Auf der sozialpolitischen Ebene kann die Funktion des Case Managements generell damit beschrieben werden, dass es dem Bürger dazu verhilft, die in den einzelnen Büchern des SGB konkretisierten Sozialrechte wahrzunehmen, und dass es im sozialen Sicherungssystem dazu beiträgt, die vorgesehenen Sozialleistungen individuell zum Erfolg zu führen. In dieser zweiseitigen Funktion stehen die das Case Management ausübenden Fachkräfte einerseits den Leistungsnehmern nahe, handeln anwaltlich für sie und bewegen sich in ihrem Erfahrungshorizont; andererseits sind die Sachwalter des humandienstlichen Leistungssystems und bringen ihre Professionalität aus ihm mit. Case ManagerInnen sind dem Versorgungssystem koordinierend und integrierend dienlich und sie begleiten die Nutzer seiner Möglichkeiten zur Erfüllung der Gesamtaufgabe von Versorgung im Anschluss an die persönliche Sorge und die Sorgen unter Menschen.

Navigieren im System der Versorgung

Ihre Expertise erlaubt den Fachkräften, Hilfebedürftigen eine *care navigation* zu bieten. Diese Navigation bedeutet eine Standortbestimmung und das Finden und die Wahl eines geeigneten Weges, auf dem man zusammen mit den Nutzern zielgerichtet vorankommen kann, möglichst im Anschluss an den Lebensweg von Menschen, auch wenn sich die gewohnte Richtung mit dem erschlossenen Pfad ändert. Das Case Management hat eine entdeckende Funktion. Sie leistet eine Erkundung der Versorgungslandschaft auf der Systemebene fallübergreifend und problem- und situationsbezogen im Einzelfall. Diese Funktion wird nach einem Krankenhausaufenthalt für die *Nachsorge* gebraucht. Der Gesetzgeber gibt gemäß § 11 Abs. 4 SGB V den Patienten einen „Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche". Die betroffenen Leistungserbringer haben eine „sachgerechte Anschlussversorgung" in die Wege zu leiten. Den Anschluss in umgekehrter Richtung suchen Angehörige von Pflegebedürftigen oder diese selber, wenn sie sich an einen Pflegestützpunkt wenden. Sie können erwarten, dass dort die Fäden eines lokalen Netzes der Versorgung vom Care Management des Pflegestützpunkts zusammengehalten werden und sich für den fallweisen Bedarf nutzen lassen.

Strukturell verlangt die Distanz zwischen den Sorgen und der Sorgearbeit im Leben einerseits und der dienstlich eingerichteten Versorgung andererseits nach Überbrückung. Das Case Management bietet sich als intermediäre Brücke an (Müller / Ehlers 2008). Auf seiner Ebene individueller Fallführung erschließt es mit den Beteiligten den Bedarf, die Lebenslage von Personen und die in ihren Verhältnissen vorhandenen Potenziale. Es verknüpft sie mit diversen Leistungen und koordiniert diese. Es ist Fall für Fall zuständig für die Mikroallokation von humandienstlichen und von informellen Ressourcen, die territorial und kategorial vorhanden sind. Diese Allokation wird zunehmend „ausgehandelt"; insoweit wird über den Zugang zum Case Management auch die Nutzung der sozialen Infrastruktur zu einer Verhandlungssache.

7.5 Rechenschaftslegung zur Daseinsvorsorge

Mit dem Case Management wird fallweise eine passende humandienstliche Versorgung erreicht. Die Evaluation und Berichterstattung im Verlauf der Fallführung meldet aber in die politisch zu verantwortende Daseinsvorsorge einer Gebietskörperschaft oder anderer öffentlich-rechtlicher Gewährleister von Versorgung auch zurück, wo und wie sie fallweise erfolgreich oder mangelhaft ist. Somit bietet gegenläufig zum Einsatz des Sozialleistungssystems die Integration der „am Fall" zu treffenden Feststellungen, vorzusehenden Maßnahmen und zu leistenden Dienste fallübergreifend eine Erkenntnisgrundlage und Reflexionsbasis für die Strukturierung der Versorgung, für eine integrierte Sozialberichterstattung und die darauf bezogene Planung und Steuerung. Im Case Management lässt sich personenbezogen die Verteilung von Risiken, Belastungen und Ressourcen der Lebensführung in der Bevölkerung erkennen, auf welche Verteilung die Strukturierung geeigneter Hilfen abgestellt werden kann. Die Schritte im individuellen Case Management entsprechen den Komponenten einer prozessorientierten Sozialberichterstattung und Sozialplanung in Hinblick auf den Zugang zu den Diensten, auf die Einschätzung der Lebenslage und Bedarfsklärung, die Zielbestimmung und auf das Monitoring der Leistungserbringung und Bedarfsdeckung sowie deren Bewertung und Rechenschaftslegung. Was hier auf der Fallebene erfahren wird, kann auf der übergreifenden Versorgungsebene zur Infrastrukturentwicklung genutzt werden.

Nun ist die Problematik, für die ein Fallmanagement vorgesehen ist, allerdings bereits gegeben, bevor es individuell vereinbart werden kann. Per hinreichender Erschließung der Problematik in seinem Zuständigkeitsbereich schafft das Case Management die Voraussetzungen für seinen Erfolg. Menschen sind in ihrer Lage unterschiedlich erreichbar für Unterstützung und mögliche Lösungen ihrer Probleme. Generell gilt: Wer weniger Ressourcen hat, findet schwerer welche (Santen / Seckinger 2008). Für den Gesundheitsbereich ist von Hart 1971 das *Inverse Care Law* formuliert worden: „The availability of good medical care tends to vary inversely with the need to it in the population served." (Hart 1971, 405) Zum Case Management gehört, bedürftige Menschen rechtzeitig zu erreichen und ihren Bedarf umfassend wahrzunehmen. Es bedarf einer ständigen, fallunabhängigen Sondierung im Feld, um der Inzidenz der Fälle gerecht zu werden. Das ist eine eigenständige organisatorische Aufgabe für einen Leistungsträger, für beauftragte Dienstleiter oder für eine Arbeitsgemeinschaft der lokal an der Versorgung beteiligten Akteure.

Sie beobachten eine Varianz von Risiken und des Zurechtkommens mit Problemen und Belastungen. Die im Care und Case Management auf der Mikroebene geleistete Transaktion zwischen dem Versorgungssystem und seinen Akteuren einerseits und den einzelnen Leistungsnehmern andererseits führt zu diskreten Arrangements in der personenbezogenen Wohlfahrtsproduktion, die auf der Metaebene der Betrachtung der Versorgungslandschaft insgesamt das Arrangement bilden, in dem die politisch-administrative und betriebliche Steuerung von Versorgung mit der Selbststeuerung von Menschen in der Bewältigung ihrer Probleme übereinkommt. Insoweit diese „Passung“ gelingt, haben Planung und kommunale Steuerung darin die Mikroökonomie ihrer Wirksamkeit vor sich.

Durch das Case Management werden für Leistungsträger und für Leistungserbringer die Produkte „definiert“, die dem individuellen Bedarf entsprechend gebraucht werden. Eine „personzentrierte Planung“ (Dowling / Manthorpe / Cowley 2006) und Versorgungssteuerung greift mit dem Case Management in die prozessorientierte Steuerung auf der kommunalen Ebene (Navigation in der Infrastrukturentwicklung) über. Als Vernetzungsarbeit leistet das Case Management, ausgehend vom Bedarf im Einzelfall, eine Erschließung von Ressourcen und Chancen im Umfeld einer Person. Es erfolgt eine „Aufmischung“ der Möglichkeiten vorhandener Dienste und Einrichtungen, von Erwerbsarbeit und anderer Beschäftigung, von Bildung und Qualifizierung, lokaler sozialer Kontakte, der Nachbarschaft und des bürgerschaftlichen Engagements.

Eine finale Angebotsplanung auf der politischen und administrativen Ebene folgt den Zielorientierungen, die sich fall- und fallgruppenbezogen ergeben und vereinbaren lassen, kategorisiert diese Ziele und schneidet im Implementierungsprozess variable Versorgungsmodule zu. Allerdings kann ein Case Management für die Sozialplanung und kommunale Versorgungssteuerung seine erschließende Funktion nur dann erfüllen, wenn es im jeweiligen Handlungsbereich vollständig eingeführt und strukturell „für alle Fälle“ verankert ist.

7.6 Vom Management der Fälle zur intensiven Fallführung

Care und Case Management auf der Organisationsebene bilden die Voraussetzung dafür, dass es zu einer Fallführung im methodischen Sinne von Case Management kommt. Das heißt: Was der Fall ist und wie mit ihm verfahren wird, ergibt sich im organisierten Prozess des Managements der Fälle. Zu ihm gehört, wie bereits angesprochen, eine Regelung des Zugangs und ein *Screening*, in dem für einen Personenkreis der Handlungsbedarf in einem bestimmten Gebiet sozialer oder gesundheitlicher Versorgung vorgeklärt wird.

Am Beispiel der australischen Sozialverwaltung kann die Verschränkung beschrieben werden, in der die Verwaltung der Fälle und ein differenziertes professionelles Vorgehen im Einzelfall aufeinander verweisen. Zuständig und Ansprechpartner ist in jeder Lebenslage, die problematisch ist oder werden kann, in Australien *Centrelink* (Halligan 2007). Diese Stelle erfasst und bearbeitet alle Fälle und vergibt die Erbringung einzelner Dienstleistungen an darauf spezialisierte privatwirtschaftlich agierende Anbieter – beispielsweise zur Eingliederung in Arbeit. Das Vorgehen in Australien hat in einer Reihe von Punkten – angefangen beim Prinzip der *mutual*

obligation (gleich „Fördern und Fordern“) bis hin zu Profiling, Fallmanagement und Eingliederungsvereinbarung – die Hartz-Reformen in Deutschland beeinflusst. Zwar sind die institutionellen Gegebenheiten in Australien andere als in Deutschland, umso deutlicher ist dort aber die Wechselbeziehung des Managements der Fälle an zentraler Stelle und der individuellen Assistenz im personenbezogenen Case Management, hier in der beschäftigungsorientierten Fallführung.

In Australien hat man in der *welfare-to-work*-Politik des letzten Jahrzehnts (Chenoweth 2008) eine Abfolge der Unterstützung organisiert, die mit der Meldung bei der für jede Art von Sozialhilfe zuständigen Multiservice-Agentur der Regierung *Centrelink* beginnt, dann zum *Job Network* führt, wo man für Klienten, die länger als zwölf Monate arbeitslos sind, ein Case Management in Form einer *Intensive Support Customized Assistance* bereit hält. Sind Eingliederungshemmnisse wie Wohnungslosigkeit, psychische Erkrankung, Drogenprobleme, Schulden, soziale Isolation oder andere soziale Probleme vorhanden, so setzt ein *Personal Support Programme (PSP)* ein, das eine Brücke zwischen *crisis assistance* und *employment assistance programme* schlägt (s. hierzu Muller / Galton 2006; Perkins 2007). In den Informationsblättern des PSP wird zu den Formen der Assistenz, die es bietet, angegeben:

- counselling and personal support – including guidance, help, encouragement, building self-esteem and confidence, advocacy and referral to other services,
- practical support – for example, help to attend interviews or with transport,
- outreach activities – for example, services can be delivered to you if you can not be serviced in the standard office environment,
- assessment – your provider will maintain regular contact with you and work with you to set goals and plans, monitor your progress and help you move toward looking for work, getting a job, studying or participating in your local community.

Die angebotenen Dienste sollen flexibel, den Umständen angemessen und bedarfsgerecht zugeschnitten sein.

Case Management kommt hier in dreifacher Weise zum Tragen: Erstens in der Vorklärung und Zuordnung bei *Centrelink*, zweitens in der im Rahmen von *Job Network* vorgehaltenen *Intensive Support Customized Assistance* und drittens im *Personal Support Programme*. Mit der quantitativen Einengung des Zugangs wird die Qualität der Betreuung gewichtiger. Die quantitativen Erwartungen an die Vermittlungsstatistik, also an den mengenmäßigen Erfolg der Beschäftigungsförderung, beeinträchtigen allerdings diese Qualität. Da von zentraler Stelle Prämien für die Eingliederung von Arbeitslosen gezahlt werden, kommt es bei den Dienstleistern immer wieder zu unerwünschten Creaming- und Parking-Prozessen, denen mit einer Nachjustierung des Regelwerkes gegengesteuert werden muss.

Richtig bleibt die im „management of cases“ vorgenommene Differenzierung der Maßnahmen für eine leistungsberechtigte Population mit partiellen Ableitungen nach Bedarf. – Ein analoges Beispiel institutioneller Abstufung im Case Management bieten nach den Vorgaben des SGB XI die Pflegekassen der privaten Versicherer. Sie betreiben die *COMPASS Private Pflegeberatung GmbH*. Von ihr wird in einer ersten Stufe eine zentrale telefonische Pflegeberatung geleistet, der sich auf einer zweiten Stufe der Intensität eine dezentral eingerichtete aufsuchende Bera-

tung anschließen kann. Diese ist alltagsorientiert, bezieht das häusliche Umfeld der Versicherten und ihrer Angehörigen ein und kann über eine angemessene Hilfeplanung in eine individuelle Fallführung übergehen.

7.7 Rat und Tat: der Fall als Besorgungsaufgabe

Im Case Management ist Sorgfalt in der Fallfindung, Einschätzung, Planung, Kontrolle, Evaluation und Rechenschaftslegung angebracht. In jedem Stadium des Verfahrens wird eine Arbeit am Fall geleistet. Das Verfahren organisiert und steuert die dazu nötigen Bemühungen. Deren Adressaten werden als Partner in der Arbeit am Fall betrachtet. Die Person, so betroffen sie sein mag, bleibt unverfügbar. Dieses Prinzip muss für eine Fallführung gelten, die in Absprache und in Kooperation mit einem Hilfebedürftigen oder seinen Angehörigen erfolgt. Der Fall ist Gegenstand eines gemeinsamen Vorgehens; dazu erfolgt eine Eingrenzung auf das, was machbar (*manageable*) erscheint.

- Bei Erziehungsschwierigkeiten ist nicht das Kind in seinem Sosein und ebenso wenig sind seine Eltern der Fall. Bearbeitet wird ein Geschehen in der Familie, an dem Eltern und Kind teilhaben und zu dessen Bewältigung sie gefordert sind und herangezogen werden. Zu besorgen und zu managen ist dieser Bewältigungsprozess.
- Bei andauernder Arbeitslosigkeit wird im beschäftigungsorientierten Fallmanagement von der Lebenslage und den Potenzialen des Arbeitsuchenden ausgegangen; seine Integration in Arbeit ist der Vorgang, der mit ihm zusammen auf den Weg zu bringen ist.
- Dem Suchtmittelabhängigen wird Verantwortung zugemutet, wenn mit ihm ausgelotet wird, ob und wie sich sein „Leben mit der Droge“ oder ein „Leben ohne Drogen“ einrichten lässt.
- Selbst im Fall einer gesetzlichen Betreuung und bei Notwendigkeit eines Betreuungsmanagements bleibt dem Betreuten de jure seine Geschäftsfähigkeit. Besorgt wird ein festgelegter Aufgabenkreis.
- Wenn sich eine Person einer Psychotherapie unterziehen will, ist diese nicht Sache des Case Managements, mag die Entscheidung für sie auch in der Arbeit am Fall getroffen werden.

Gleiches gilt für eine medizinische Behandlung, etwa im Rahmen eines Disease Management Programms. Zu besorgen ist hier das Mitgehen und die Compliance des Patienten im Kontinuum der Behandlung, nicht diese selbst.

Sorgeberatung

Die Kompetenz von Case ManagerInnen besteht wesentlich darin, fallbezogen *Rat* zu finden. Jeder „weiß Rat“ in vielen Situationen des Lebens, aber in besonderen Problemlagen ist „guter Rat teuer“. Der Fachlichkeit von Case Management (vgl. Wendt 2009 b, 125 ff.) ist die Fähigkeit eigen, in solchen Lagen mit den Betroffenen zusammen eine *Sorgeberatung* zu leisten. Sie ist auf Schritte *von Rat zu Tat* angelegt. Man begibt sich im *care counselling* auf den Weg, mit einer belastenden Lebenslage fertig zu werden, eine Krise durchzustehen und Probleme zu lösen. Das ist zunächst ein klärender Prozess, in dem man sich über die Lage und die Problematik und die damit verbundenen Sorgen austauscht. Im Unterschied zu einer Fachberatung, in der ein Ratsuchender bei Experten eine Information, Anleitung oder Lösung „abholt“, sondiert das *care counselling* mit dem Ziel des Zurechtkommens die Aufgabenstellung und das bei ihr angebrachte Handeln. Eröffnet wird ein gemeinsamer Horizont der Konsultation und des Beratschlagens. In Haltung und Methode nehmen sich Case ManagerInnen umsichtig der vielfältigen subjektiven und objektiven Bezüge einer Lebenssituation an.

Die Bezugnahme auf Sorgen in dieser Art Beratung meint sowohl den *Zustand* des Besorgtseins als auch das sorgende *Handeln*. Gegenstand einer Sorgeberatung sind die auf das Ergehen von Menschen gerichteten Sorgen und gleich auch die Aktivitäten, Maßnahmen und Arrangements, die geeignet sind, berechtigten Sorgen abzuhelfen. Es ist eine lebensbegleitende, anteilnehmende Beratung. Sie erfolgt im subjektiven Erfahrungshorizont der Ratsuchenden, ankert im Lebenskontext und erschließt gleichzeitig den Horizont des Systems sozialer Leistungen und der Strukturen von Versorgung. Sorgeberatung ersetzt keine anderweitige Fachberatung, so sich diese als notwendig erweist.

Innerhalb eines etablierten Case Managements und außerhalb von ihm ist eine Sorgeberatung angebracht, wenn Personen sich an einen Dienst wenden, ohne dass sie schon mit einer bestimmten – fachlich und professionell oder leistungsrechtlich zuzuordnenden – Problematik kommen. Unverkürzt kann die Lage und die Konstellation von Problemen thematisiert werden. Ein Pflegestützpunkt ist dafür ein geeigneter Ort und ebenso ein Familienkompetenzzentrum oder auch eine ausgebaute Migrationsberatung. Diese Einrichtungen und Dienste betreiben in der sozialen Landschaft ein spezifisches Care Management und bahnen in diesem Rahmen fallweise einen Lösungsweg an. Soll er begleitet begangen werden, geht die im Stützpunkt oder Zentrum geleistete Beratung nach Vereinbarung in eine individuelle Fallführung über.

Da das Case Management in seiner Entwicklung von Anfang an auch als eine (ausgelagerte) Weise des *Selbstmanagements* einer Person oder Familie begriffen worden ist, kann das Verfahren in Variation des persönlichen und familiären Managens von alltäglichen Lebensaufgaben verstanden werden – das Managen von Beziehungen, Konflikten und Krisen eingeschlossen. Die Fallsteuerung beinhaltet erst dadurch mehr als ein einfaches Managen im Alltag, dass sie abgehoben von diesem Lebensvollzug zur Aufgabenerfüllung andere Stellen und Dienste aufsucht und beizieht und deren Einsatz mit der individuellen und persönlichen Lebensführung abstimmt oder ihn an sie anknüpft.

Lebensführung verlangt in unseren Zeiten generell ein manageriales Handeln. Insbesondere in Krisen- und Konfliktlagen und immer dann, wenn Übergänge im Leben zu bewältigen sind. Fachkräfte im Case Management leisten in dieser Beziehung eine Art qualifizierte Alltags-

begleitung. Sie kann in der Jugendhilfe als ein „präventives, auf langfristige Zusammenarbeit angelegtes, komplexes Unterstützungsangebot“ verstanden werden, dessen „Ziel ist, mit den jungen Menschen (und deren Umfeld) angemessene und aufeinander abgestimmte Entwürfe für die verschiedenen Bereiche ihres Lebens zu entwickeln und zu erproben.“ (Schröder / Storz 1994, 12) In der Behindertenhilfe und in der Altenhilfe sind gewöhnlich Hilfestellungen gemeint, die teils hauswirtschaftlicher, teils pflegerischer Natur sind und eine absichernde allgemeine Betreuung einschließen. Die Alltagsbegleitung gewinnt ihr Format als Case Management im humandienstlichen System – wenn in ihm „der Fall“ eintritt.

7.8 Der Fall im Feld: Netzwerke in Sorge und Versorgung

Im Case Management gehen wir prinzipiell davon aus, dass Menschen immer schon selbst zurechtkommen und dass sie autonom in der Art und Weise sind, wie sie es tun. Sie treffen in ihrer Lebensführung eigene Arrangements, um in ihrer Umwelt und mit ihren Möglichkeiten mit Aufgaben und Problemen, die sich ihnen stellen, fertig zu werden. Oder Angehörige und Freunde konstellieren eine entsprechende Unterstützung. Exemplarisch hierfür sind die im angelsächsischen Raum vorhandenen „circles of support“ zu nennen. Das sind Kreise von Freunden und freiwilligen Unterstützern aus dem Umfeld der Person, der sie Assistenz bieten und die sie lösungsorientiert begleiten (Knust-Potter 2006). Von solchen Zirkeln gehen personenzentrierte Netzwerke aus, die professionelle Hilfen in einer „personzentrierten Praxis“ einbinden können (Thompson / Kilbane / Sanderson 2008).

Nicht selten scheitern informell vereinbarte Arrangements wie familiäre Betreuung. Oder sie stellen sich als prekäre Lösungen heraus, die für die Person oder ihre Mitwelt nicht durchzuhalten sind. In solchen Lagen ist das soziale Sicherungssystem gefragt. Es hält institutionelle Arrangements bereit, die in einzelnen Problembereichen herangezogen werden können, um einen Bedarf an Unterstützung, heilender Behandlung oder anderweitiger Abhilfe zu decken. Das können dienstliche Arrangements der Kinderbetreuung, Arrangements der Unterstützung, der Eingliederung, der Beschäftigungsförderung oder der Pflege im Alter sein. Sie sind vorgefertigt und lassen sich dennoch flexibel gestalten.

Wir sprechen im Sozialleistungssystem insbesondere von einem Arrangement, wenn verschiedene personenbezogene Dienste, auch über Sektorgrenzen hinweg, zur Deckung eines Bedarfs zusammengestellt werden. Sie sind auf bestimmte Personengruppen bzw. häufig vorkommende Bedarfskonstellationen zugeschnitten, d. h. nicht so weit differenziert, dass sie den einen oder anderen individuellen Bedürfnissen entsprechen. Allerdings wird im Sprachgebrauch bereits eine Kundenorientierung unterstellt. Früher war weder in der Jugendhilfe noch in der Behindertenhilfe oder in der Pflege von Arrangements die Rede. Es gab Regelangebote und auf sie hatte sich die Nachfrage einzustellen. Heute sind auf Fallgruppen zugeschnittene und in weiterer Differenzierung individuell angemessene Lösungen gefragt. Auch im internen Betrieb der Versorgung wollen die Dienste und Einrichtungen mit Erziehungs-, Lern-, Förder-, Behandlungs- und Therapiearrangements flexibel und zielwirksam für ihre Nutzer sein.

In diesem Betrieb wird ein Case Management generell notwendig, um die fallweise Anpassung an eine Lebenspraxis zu erreichen. Ein Kompetenzzentrum der Jugendberufshilfe kann verschiedene Maßnahmen heranziehen und koordiniert anwenden. Sie sollten aber geeignet sein, in problematischen Fällen jungen Menschen einen Übergang in die Arbeitswelt zu bereiten. Er vollzieht sich nicht im Kompetenzzentrum, sondern „draußen im Leben". Im Familienzentrum kann Beratung erfolgen und Hilfe geboten werden. Ob sie genügt und sich bewährt, erweist sich im Lebensfeld außerhalb. Darin ist andauernd zu sorgen: Ein humandienstliches Case Management löst sich im Kontinuum der Lebensbewältigung wieder in die Umsorge auf, die eingangs das fallbezogene Management notwendig gemacht hat.

Im Nebeneinander und Nacheinander möglicher Versorgung und Selbstsorge befasst sich das Case Management vor, während und nach seinem fallweisen Einsatz mit einer gemischten Wohlfahrtsproduktion. Es baut auf diverse Hilfen, unterstützende Stellen und mitwirkende Personen. Auf organisatorischer Ebene bewegen wir uns dabei in einer „mixed economy of welfare" (Miller 2004; Powell 2007), welche von öffentlichen Trägern, gemeinnützigen Wohlfahrtsorganisationen, privaten Dienstleistern, freiwilligen Helfern, Selbsthilfegruppen und schließlich von den unmittelbar Betroffenen und Nutzern einer Versorgung bewerkstelligt wird. Im Feld dieser Akteure können für den individuellen Bedarf passende Arrangements getroffen werden. Die Aufgabe stellt sich in der Kinderbetreuung ebenso wie in Behindertenhilfe und der Altenhilfe. Gemischte Arrangements sind besonders in der häuslichen Pflege gefragt (Röber 2008). Systematisch erreicht ein Case Management solche Arrangements in ständiger Vernetzungsarbeit.

Netzwerken zum Zweck einer vernünftigen Ressourcennutzung und zur Deckung des Bedarfs an humandienstlicher Versorgung beginnt auf der Ebene der Gegenseitigkeit in der Nachbarschaftshilfe, mit der Bildung von Unterstützerkreisen oder auch von Seniorengenossenschaften und setzt sich in hybriden Formen des Zusammenwirkens z. B. um Kinder- und Familienzentren herum fort. Systematisch sind Beiträge zur Wohlfahrtsproduktion in einem Versorgungsgebiet aufeinander abzustimmen. Vernetzung ist insbesondere dort erforderlich, wo auf der Ebene der Organisationen eine integrierte Versorgung über die Sektorgrenzen stationärer und ambulanter Medizin, Pflege und Rehabilitation hinweg erreicht werden soll.

Die Systemsteuerung betrifft aber nicht die Lebenswelt und Lebensführung der Adressaten dienstlicher Versorgung. Ein soziales Netzwerk der Wohlfahrt kommt zustande und lässt sich flexibel einrichten, wenn *care* als Versorgung in seiner institutionellen Veranlagung ständig mit *care* als dem sorgenden Handeln von Menschen individuell und gemeinsam zu kommunizieren versteht und mit ihm eine wirksame Verbindung eingeht und diese sich in der nötigen Vielfalt und Breite fallweise erreichen lässt.

Literatur

BAUMGARTNER, EDGAR 2009: Das Persönliche Budget im internationalen Vergleich: Erfahrungen in Schweden, den Niederlanden, Großbritannien und der Schweiz. In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, 40, 1. 78-89.

BETTIO, FRANCESCA / PLANTENGA, JANNEKE 2004: Comparing Care Regimes in Europe. In: Feminist Economics, 10, 1. 85-113.

BODDY, JANET / CAMERON, CLAIRE / MOSS, PETER (eds.) 2006: Care Work. Present and Future. London: Routledge.

BOSTELAAR, RENÉ A. / PAPE, RUDOLF ET AL. 2008: Case Management im Krankenhaus. Aufsätze zum Kölner Modell in Theorie und Praxis. Hannover: Schlütersche.

CARNWELL, ROS / BUCHANAN, JULIAN (eds.) 2009: Effective Practice in Health, Social Care and Criminal Justice. A Partnership Approach. Maidenhead: Open University Press.

CHENOWETH, LESKY 2008: Redefining Welfare: Australian Social Policy and Practice. In: Asian Social Work and Policy Review, 2, 1. 53-60.

DALY, MARY / LEWIS, JANE 2000: The Concept of Social Care and the Analysis of Contemporary Welfare States. In: British Journal of Sociology, 51, 2. 281-299.

DE LUC, KATHRYN 2001: Developing Care Pathways. The Handbook. Oxford: Radcliffe Medical Press.

DEPARTMENT OF HEALTH 2001: Building Capacity and Partnership in Care. An Agreement between the statutory and the independent social care, health care and housing sectors. London: Department of Health.

DOWLING, SANDRA / MANTHORPE, JILL / COWLEY, SARAH 2006: Person-centred Planning in Social Care. A Scoping Review. York: Joseph Rowntree Memorial Trust.

DOYLE, LAURIE / JOYCE, JODI S. / CAPLAN, WILLIAM / LARSON, PAMELA 2002: Strengthening Self-Care, Self-Management, and Shared Decision-Making Practices Throughout Kaiser Permanente. In. The Permanente Journal, 6, 2. 53-56.

FISHER, BERENICE / TRONTO, JOAN C. 1990: Toward a Feminist Theory of Caring. In: ABLE, EMELY K. / NELSON, MARGARET (eds.): Circles of Care. Work and Identity in Women's Lives. Albany, N.Y.: State University of New York Press. 35-62.

HALLIGAN, JOHN 2007: Politics-Management Relations in an Agency Context: The Case of Centrelink. In: KOCH, RAINER / DIXON, JOHN (eds.): Public Governance and Leadership. Wiesbaden, DUV. 343-364.

HART, JULIAN TUDOR 1971: The Inverse Care Law. In: The Lancet, 27. Febr. 1971 (Issue 7696). 405-412.

HM GOVERNMENT POLICY REVIEW 2007: Building on Progress: Public Services. Prime Minister's Strategy Unit, London.

HM GOVERNMENT 2008: Carers at the heart of 21st century families and communities. “A caring system on your side. A life of your own.” London.

JOHNSON, SUE (Hrsg.) 2002: Interdisziplinäre Versorgungspfade. Pathways of Care. Bern: Hans Huber.

KNUST-POTTER, EVEMARIE (Hrsg.) 2006: Circles of Support – kleine Netzwerke mit großer Wirkung. Menschen mit unterschiedlichen Ressourcen entdecken Gemeinsamkeit. Dortmund, online: www.cos-transnational.net/pdf/5%20dortmund/dortmung%20report.pdf.

KRÖGER, TEPPO 2001: Comparative Research on Social Care. The State of the Art. SOCCARE Project Report 1. Published by Europeen Commission, Brussels.

MEANS, ROBIN / RICHARDS, SALLY / SMITH, RANDALL 2008: Community Care. Policy and Practice. 4th edition, Basingstoke: Palgrave Macmillan.

MILLER, CHRIS 2004: Producing Welfare. A Modern Agenda. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

MÜLLER, MATTHIAS / EHLERS, CORINNA (Hrsg.) 2008: Case Management als Brücke. Uckerland: Schibri-Verlag.

MULLER, GERDA A. / GALTON, CELESTE 2006: The Personal Support Programme: ‘Where we walk the walk’. In: The Australian Community Psychologist, 18, 3. 43-49.

PAYNE, MALCOLM 2009: Social Care Practice in Context. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

PERKINS, DANIEL 2007: Improving Employment Participation for welfare Recipients Facing Personal Barriers. In: Social Policy and Society, 7, 1. 13-26.

PHILLIPS, JUDITH 2007: Care. Cambridge: Polity Press.

POWELL, MARTIN (ed.) 2007: Understanding the Mixed Economy of Welfare. Bristol: Policy Press.

RÖBER, MICHAELA 2008: Wohlfahrtspluralismus und häusliche Pflegearrangements. Hilfemixes in der häuslichen Pflege. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller.

SANTEN, ERIC VAN / SECKINGER, MIKE 2008: Von der Schwierigkeit, Hilfe zu bekommen. In: Zeitschrift für Sozialreform, 54, 4. 343-362.

SCHRÖDER, JOACHIM / STORZ, MICHAEL (Hrsg.) 1994: Einmischungen. Alltagsbegleitung junger Menschen in riskanten Lebenslagen. Langenau-Ulm: Vaas.

THOMPSON, JEANETTE / KILBANE, JACKIE / SANDERSON, HELEN (eds.) 2008: Person Centred Practice for Professionals. Maidenhead: Open University Press.

TRONTO, JOAN C. 1993: Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care. London: Routledge.

WENDT, WOLF RAINER 2008: Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. 4. Aufl., Freiburg i. Br.: Lambertus.

WENDT, WOLF RAINER 2009a: Wo stehen wir im Case Management und wie entwickelt es sich weiter? In: WENDT, WOLF RAINER / LÖCHERBACH, PETER (Hrsg.): Standards und Fachlichkeit im Case Management. Heidelberg: Economica. 1-52.

WENDT, WOLF RAINER 2009b: Die Ausprägung von Fachlichkeit im Case Management. In: WENDT, WOLF RAINER / LÖCHERBACH, PETER (Hrsg.): Standards und Fachlichkeit im Case Management. , Heidelberg: Economica. 125-145.

WILSON, GAIL 1994: Co-Production and Self-Care: New Approaches to Managing Community Care Services for Older People. In: Social Policy & Administration, 28, 3. 236-250.

WILSON, JO (ed.) 1997: Integrated Care Management. The Path to Success ? Oxford: Butterworth-Heinemann.

Autor

Prof. Dr. Wolf Rainer Wendt ist Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) und lehrt in Tübingen und Stuttgart.

Volker Amelung / Christoph Wagner

8 Neue Versorgungsformen und Versorgungsforschung

8.1 Herausforderungen des deutschen Gesundheitssystems[1]

Das deutsche Gesundheitssystem gehört im internationalen Vergleich zu den leistungsfähigsten (OECD 2008). Es bietet einen vergleichsweise umfassenden Leistungskatalog, nahezu einkommensunabhängigen Zugang zu Versorgungsleistungen, beinahe Vollversicherung der gesamten Bevölkerung, eine weitreichende solidarische Komponente, eine vergleichsweise schnelle Integration technologischer Innovationen in die Regelversorgung sowie umfangreiche, gesetzlich vorgeschriebene Maßnahmen zur Sicherung der Versorgungsqualität.

Politik, Selbstverwaltungsorgane sowie aktiv an der Versorgung mitwirkende Akteure sehen sich bei der Wahrung dieses hohen Standards und ihrer Interessen kontinuierlich mit Herausforderungen konfrontiert. Zum einen obliegt es der Gesundheitspolitik, funktionierende Rahmenbedingungen zur Lösung grundlegender *gesellschaftlicher und wirtschaftlicher Zielkonflikte* zu schaffen. Zum anderen müssen Leistungserbringer und Kostenträger vor Ort innerhalb dieser Rahmenbedingungen mit *zukünftigen Anforderungen an die Versorgung* umgehen, die sich aus demographischen Entwicklungen, Veränderungen des Krankheitsspektrums sowie technologischen Innovationen ergeben.

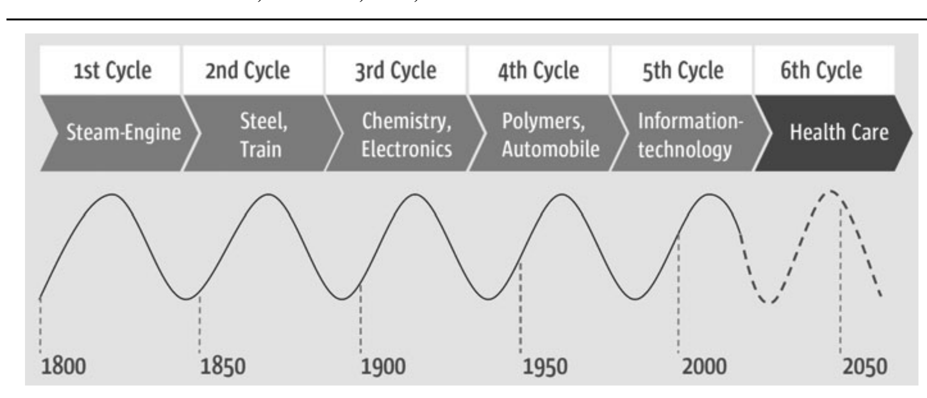
Die deutsche Wirtschaftspolitik verfolgt das Ziel, die Lohnnebenkosten zu senken. Aus ebendiesen Lohnnebenkosten wird jedoch das Wachstum eines Wirtschaftssektors wesentlich finanziert, der in der modernen Dienstleistungsgesellschaft eine wichtige Rolle spielt. Die Kontradieff-Zyklen beschreiben Branchen, die aufgrund von massiven Investitionen und wichtigen Innovationen wesentlich zum gesamtwirtschaftlichen Wachstum beitragen (vgl. Abb. 1). Das Gesundheitswesen kann, nicht zuletzt getrieben von einer steigenden privaten Nachfrage und starkem technologischen Fortschritt, die nächste derartige Branche sein (Amelung 2009; Kartte / Neumann 2007).

Gerade die bessere Nutzung des wirtschaftlichen Potenzials von starkem medizintechnologischen und pharmazeutischen Fortschritt wird häufig als Grund für Forderungen nach einer Liberalisierung des Gesundheitsmarktes und stärkerer privatwirtschaftlicher Organisation angeführt (Henke 2005). Demgegenüber stehen Regelungen der gesetzlichen Krankenversicherung

---

1 Nachfolgender Beitrag basiert teilweise auf Amelung et al. 2009 und 2008. Eine erweitere Version wird im Herbst 2009 im Buch „Innovative Konzepte in der ZNS-Versorgung“ erscheinen.

Abbildung 1: Die Kontradieff-Zyklen. Quelle: Nefiodow, L.A., Wirtschaftslokomotive Gesundheit, Conturen, 4/99, 28-35



zur Sicherstellung der Versorgung und zur solidarischen Finanzierung durch Beiträge. Dieser Zielkonflikt – es gibt im Gesundheitswesen eine Vielzahl von Zielkonflikten – lässt sich nicht vollständig auflösen, sondern kann nur politisch gelöst werden.

Finanzierungsgrenzen der solidarischen, gesetzlichen Krankenversicherung konfligieren auch entsprechend mit einer sachleistungsbedingten „Voll-Kasko-Mentalität" in der Bevölkerung. Zutritt zu einer rasant wachsenden Anzahl von medizinischen Innovationen in jeder Region sieht der gesetzlich Versicherte tendenziell als selbstverständlich an.

Entsprechend der Zielkonflikte ist es keine einfache Aufgabe für die Gesundheitspolitik, einerseits wettbewerbliche Elemente in die Gesundheitsversorgung einzuführen, die das Ausschöpfen technologischen Potenzials ermöglichen, indem demjenigen, der es bezahlen kann und will, dasjenige, was technisch machbar ist, zur Verfügung gestellt wird; andererseits dem Versicherten- und Wählerkreis zu vermitteln, dass bestimmte Leistungen nur bei privater Finanzierung zur Verfügung stehen. Eine erste Lösung kann im Angebot differenzierter Versicherungsoptionen innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung gesehen werden. Die Entwicklung von Wahltarifen, die den individuellen Bedürfnissen des Patienten entsprechen, bieten zudem die Chance, zukünftige Veränderungen bei Demographie und Epidemiologie seitens der Krankenkasse aufzufangen.

Eine tendenziell sinkende Geburtenzahl in Verbindung mit steigendem Lebensalter (Destatis 2006) bewirkt, dass zunehmend mehr ältere Menschen zu versorgen sind. Leistungsanbieter müssen ihre Versorgungskapazitäten und Organisation auf typische Alterskrankheiten wie bspw. Demenz und zunehmende Multimorbidität einstellen. Der resultierende Kostenanstieg aufgrund von höherer Lebenserwartung in Verbindung mit hohen Krankheitskosten und vergleichsweise hoher Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen wird den Druck auf Kostenträger erhöhen, neue Wege im Tarif-, Kosten- und Versorgungsmanagement zu gehen.

Abbildung 2: Rentenzugänge 2007 wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach Diagnosegruppen. Quelle: Statistik der deutschen Rentenversicherung 2007

Diagnosegruppen	**Männer**		**Frauen**	
	Anzahl	**Anteil in %**	**Anzahl**	**Anteil in %**
Krankheiten vom Skelett/ Muskeln/Bindegewebe	14394	16,4	11567	16,0
Krankheiten des Kreislaufsystems	12477	14,2	4374	6,1
Krankheiten des Verdauungssystems/ Stoffwechselkrankheiten	4166	4,7	2397	3,3
Krankheiten der Atmungsorgane	2588	2,9	1458	2,0
Neubildungen	12214	13,9	11002	15,3
Krankheiten des Urogenitalsystems	945	1,1	603	0,8
Psychische Erkrankungen	25256	28,7	28632	39,7
Krankheiten des Nervensystems	5235	6,0	4893	6,8
Sonstige Krankheiten	10628	12,1	7143	9,9
Insgesamt	87903	100	72069	100

Kurth (2006) wies nach, dass aufgrund von sehr guter Versorgung von akuten Komplikationen wie Herzinfarkt oder Schlaganfall die chronische Todesursache „Krebs“ zunimmt. Dies ist ein Beispiel dafür, warum sich das Krankheitspanorama zukünftig von akuten Erkrankungen hin zu chronischen verschieben wird. Dank eines hohen Standards der Gesundheitsversorgung und atemberaubenden Fortschritten in der Medizintechnologie verlieren akute übertragbare Volkskrankheiten wie z.B. Tuberkulose oder Masern an Bedeutung (Maaz / Winter / Kuhlmey 2006). Gleichzeitig nimmt die Prävalenz und Inzidenz nicht übertragbarer chronischer Erkrankungen wie etwa Diabetes, Herzinsuffizienz, Demenz, Asthma/COPD und bösartige Neubildungen zu (WHO 2006). Gensichen (2006) prognostiziert einen Anstieg des Anteils chronischer Erkrankungen von gegenwärtig 46% aller Erkrankungen auf 60% im Jahr 2020. Gerade chronische Erkrankungen bedingen deutlich überdurchschnittliche Krankenhauseinweisungsraten, Arztbesuche und Verschreibungszahlen. Entsprechend werden Konzepte der langfristigen und systematischen Versorgung chronischer Krankheiten neben die bisherige Behandlung treten, die sich vorwiegend an einzelnen akuten Vorfällen orientiert (Schlette / Knieps / Amelung 2006).

Laut Europäischer Kommission (2003, 202) wurden psychische Erkrankungen und die daraus resultierende Einschränkung der Leistungsfähigkeit „lange Zeit unterschätzt“. Psychische Erkrankungen sind mit großem Abstand der häufigste Anlass für eine Frühberentung (vgl. Abb. 2). Ebenso sind sie mit 10,77 % (♂) und 17,17 % (♀) nach Erkrankungen an Muskeln und Skelett sowie Verletzungen / Vergiftungen der dritthäufigste Grund für Langzeitarbeitsunfähigkeit (Bödeker / Zelen 2006). Sie verursachen somit beträchtlichen Schaden für das Wachstum der Volkswirtschaft. Murray und Lopez (1997) prognostizieren zudem für das Jahr 2020, dass

die fünf psychischen Krankheiten unipolare Depression, Alkoholabusus, Demenz, Schizophrenie und bipolare affektive Störungen zu den zehn wichtigsten Krankheiten zählen werden.

Alterung, Chronifizierung und auch Psychologisierung des Krankheitsgeschehens sind die großen Herausforderungen an die Gesundheitsversorgung der Zukunft. Der Gesetzgeber räumt seit dem Jahr 1999 einzelnen Leistungserbringern zunehmend mehr Möglichkeiten ein, im Sinne des Managed Care individuell unternehmerisch zu handeln.

Dadurch können und sollen sie den zu erwartenden Versorgungsherausforderungen vor Ort in einer Art Wettbewerb der Ideen mit eigenen Konzepten und Managementstrategien begegnen.

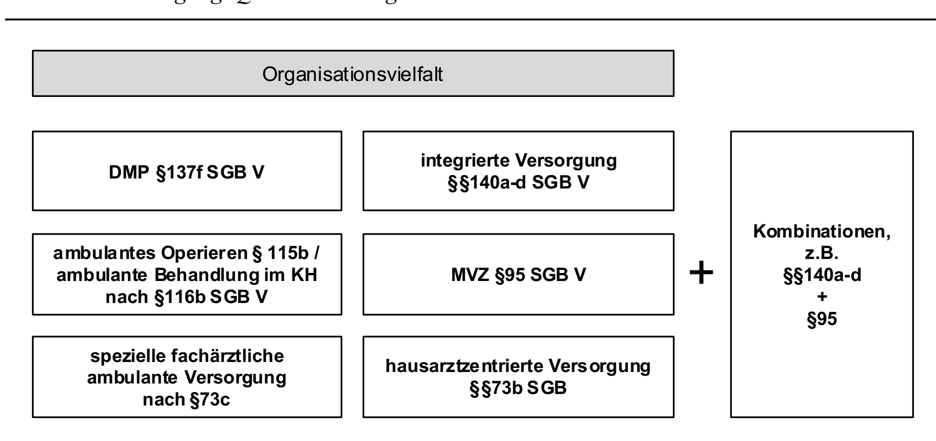
Gleichzeitig erhofft sich der Gesetzgeber eine Konkurrenz um die effizientesten Versorgungsformen und auch Versicherungsprodukte, mit welcher ein Anstieg der Gesundheitsausgaben gebremst werden kann.

8.2 Lösungsstrategie „Integrierte Versorgung“

Seit 1999 erweitert die deutsche Gesetzgebung kontinuierlich die Möglichkeiten, Elemente des Managed Care auch in oder neben dem deutschen Kollektivvertragssystem umzusetzen. Unter Managed Care wird dabei gesteuerte Versorgung verstanden. Drei Kernelementen ist konstitutiv: Übernahme von Managementansätzen aus der allgemeinen Managementlehre, partielle Integration der Leistungserstellung und -finanzierung sowie selektives Kontrahieren (Amelung 2008). Genau wie in den USA entwickeln sich dank der Gesetze und variantenreicher Kombinationen unterschiedlicher existierender Versorgungsformen neue, die die bisherige, übersichtlich und kollektivvertraglich geregelte Form erweitern (vgl. Greß / Stegmüller 2009). Betrachtet man die Komplexität des amerikanischen sowie Entwicklungen in anderen europäischen Gesundheitssystemen (s. Amelung 2009), so befindet sich das Deutsche Gesundheitssystem erst am Anfang einer weit reichenden Entwicklung, hin zu einem neu strukturierten System, das mit der klassischen, starren Dreiteilung in ambulant, stationär und Reha oder mit dem einheitlichen Leistungskatalog wenig gemein haben wird. Die Überwindung der – international nahezu einmaligen – starren Sektorengrenzen des deutschen Kollektivvertragssystems, welche die Versorgungseffizienz hemmen und zu Qualitätsproblemen führen, waren eine starke Motivation für die „neuen“ Gesetze zu Managed Care (Knieps 2005; Amelung 2007) (vgl. Abb. 3).

Zum Zweck der Erläuterung und Definition von integrierter Versorgung in Deutschland sollen die vielfältigen und in sich bereits komplexen gesetzlichen Regelungen grob in drei Gruppen betrachtet werden.

Abbildung 3: Maßgebliche Gesetze zur Realisierung einer integrierten Gesundheitsversorgung. Quelle: Amelung 2008



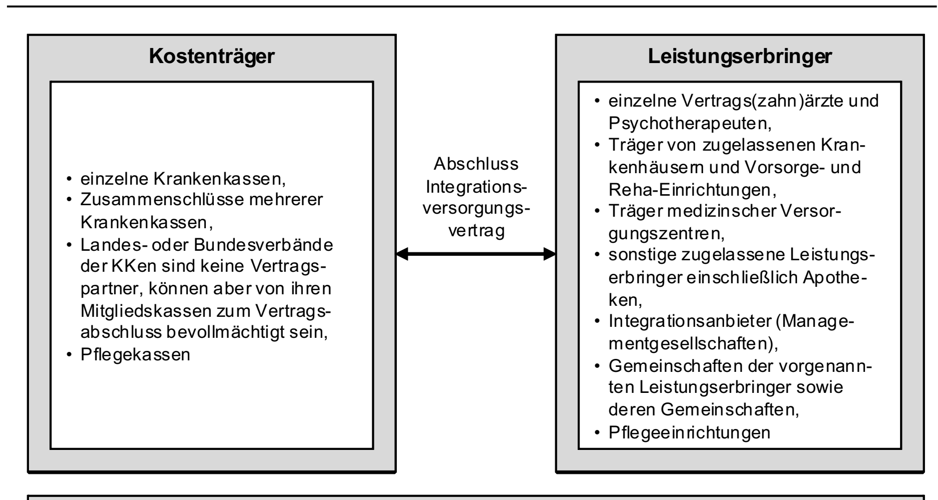
8.2.1 Neue Versorgungsformen nach § 140a-d

Entsprechend dem Gesetzestext kann eine Krankenkasse mit sämtlichen Leistungserbringern des Gesundheitssystems – außer den Kassenärztlichen Vereinigungen – individuelle Leistungsverträge abschließen, die inhaltlich im weitesten Sinne eine „interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung" gewährleisten (s. Abb. 4).

Leistungserbringern und Krankenkassen wird mit § 140a-d ein sehr großer Handlungsspielraum zur Implementierung neuer Versorgungsideen geboten. Abbildung 5 verdeutlicht einerseits, wie vielfältig sich verschiedene Leistungserbringer und Versicherungen „um einen Versorgungszweck herum" vertraglich zusammenschließen können. Zum anderen verdeutlicht die Abbildung, anhand welcher drei Kriterien eine solche neue Organisationsform im Kern charakterisiert werden kann.

Mit der *Integrationsbreite* vereinbaren die beteiligten Leistungserbringer und Krankenkassen ein Krankheitsspektrum. Dieses kann von einer einzelnen, oftmals schweren, chronischen und teuren Krankheit, wie bspw. Schizophrenie, bis zur krankheitsunabhängigen Komplettversorgung der Bevölkerung einer Region reichen. Ein großer Teil der in Deutschland geschlossenen §140er-Verträge beinhaltet als Vertrag zur *indikationsorientierten Versorgung* nur ein einziges Krankheitsbild. Besonders zu Beginn der selektiven Verträge wurden zahlreiche Verträge zu den elektiven Eingriffen „Hüft- oder Knieendoprothetik" oder bestimmten ambulanten Operationen geschlossen. Diese Eingriffe erfordern i.d.R. keinen sonderlich komplexen, leistungserbringerübergreifenden Versorgungsprozess. Entsprechend standen beim Vertrag meist die Vereinbarung einer Mindestabnahmemenge durch die Krankenversicherung sowie die Gegenleistung einer günstigen Komplexfallpauschale, oftmals samt Garantie durch das Krankenhaus/ Operationszentrum, im Vordergrund. Von Beginn an wurden jedoch auch zahlreiche innovative

Abbildung 4: Vertragspartner der integrierten Versorgung. Quelle: modifiziert nach Wigge 2005

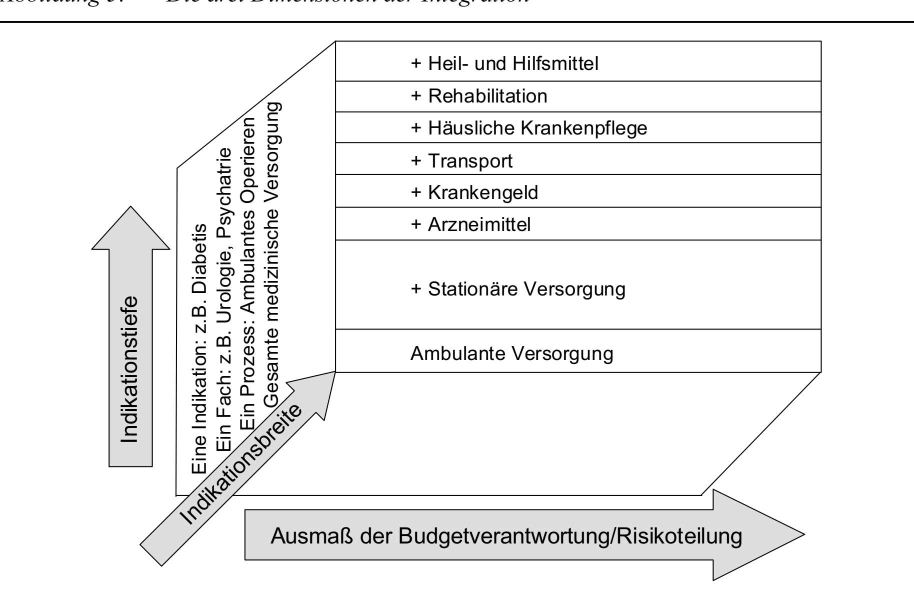


Managementkonzepte zur Versorgung einzelner komplexer Indikationen vereinbart. Über entsprechende Projekte wie bspw. „Integrierte Versorgung für die Volkskrankheit Migräne in Essen“ oder „Integrierte Versorgung Kardiologie: das Norddeutsche Herznetz“ oder „das Dresdner Brückenkonzept in der Palliativversorgung“ kann in Weatherly et al. (2006) nachgelesen werden. Im Fokus derartiger Projekte steht die Optimierung von Kommunikations- und Koordinationsprozessen, die in vielen Fällen auf Initiative engagierter Ärzte hin vorangetrieben wird. In den meisten Fällen genügen vertragliche Vereinbarungen zu Abstimmungsprozessen und Leistungen jenseits der Regelversorgung, die an eine entsprechende Vergütung neben der Regelversorgung gekoppelt sind.

Am anderen Ende der möglichen Indikationsbreite bietet ein Zusammenschluss von Ärzten, Krankenhäusern und weiteren Leistungserbringern mindestens einer Krankenversicherung den Versicherten einer Region medizinische Vollversorgung gegen Kopfpauschale an. Ein Beispiel ist das „Unternehmen Gesundheit Oberpfalz Mitte, UGOM[2]“ (s. Weatherly 2006). Mit drei Kliniken, einem medizinischen Versorgungszentrum, einem ambulanten OP-Zentrum und ca. 90 teilnehmenden Netzwerk-Ärzten bietet der Leistungserbringerzusammenschluss über 10.000 eingeschriebenen Versicherten der AOK Bayern in der Region um Amberg mittels modernster IT-Vernetzung effiziente und behandlungspfadbasierte Vollversorgung. Das erfolgreiche Management-Konzept dieser MCO wurde inzwischen viermal in bayerischen Ärzteverbünden kopiert.

2 www.ugom.de.

Abbildung 5: *Die drei Dimensionen der Integration*



Das *Ausmaß der Budgetverantwortung* spiegelt den Grad der Integration von Versicherungsfunktion und Leistungserbringung wieder. Krankenkassen sind in den meisten Verträgen bemüht, das Versicherungsrisiko über möglichst pauschale Vergütung an die Leistungserbringer weiterzugeben. Für die große Anzahl der „kleinen" indikationsorientierten Versorgungszusammenschlüsse geschieht das über Leistungskomplexpauschalen oder Fallpauschalen, im Falle populationsorientierter Versorgung über Kopfpauschalen. Bei der Vergütung ist weiterhin ein wichtiges Charakteristikum für die Integration bzw. Organisation der Leistungserbringer, ob die Kasse im Rahmen eines Vertrags separate Pauschalen an einzelne Leistungserbringer zahlt oder ob eine Kopfpauschale an das zentrale Management der MCO überwiesen wird und danach intern umverteilt wird.

Mit der Breite des versorgten Krankheitsspektrums und der Anzahl der versorgten Versicherten variiert die *Integrationstiefe* einer neuen Versorgungsform. Sie wird festgelegt durch die Art der teilnehmenden Leistungserbringer und Einrichtungen. Je mehr *unterschiedliche* Leistungserbringer beteiligt sind, desto tiefer ist die *Integration* der Versorgung. Bei voller Integration deckt sie einen gesamten Versorgungsprozess vom Erstkontakt beim ambulanten Arzt bis zur häuslichen Krankenpflege nach der Rehabilitation ab.

Im Falle einer hohen Integrationstiefe schließen sich viele *verschiedenartige* Leistungserbringer zusammen. Es gibt jedoch auch die Möglichkeit, dass sich viele *gleichartige* Leistungserbringer wie etwa Ärzte oder Krankenhäuser zusammenschließen, um mehr Markt- und Verhandlungsmacht zu erlangen und ggf. Gewinne durch Größeneffekte zu realisieren. Oftmals ist bspw. der Zusammenschluss mehrerer Ärzte eine Vorstufe zu Vertragsverhandlungen mit Versicherungen oder Krankenhäusern zu Konzepten der Integrierten Versorgung.

8.2.2 Neue Versorgungsformen nach §95 SGB V: medizinische Versorgungszentren

Mit § 95 Abs. 1 SGB V wird ein Zusammenschluss von Ärzten „in fachübergreifende[n] ärztlich geleitete[n] Einrichtungen, in denen Ärzte […] als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind“ ermöglicht. Dabei „können sich die medizinischen Versorgungszentren „aller zulässigen Organisationsformen bedienen“. Gründungsberechtigt sind „Leistungserbringer, die auf Grund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag an der medizinischen Versorgung der Versicherten teilnehmen“. Der Gesetzgeber ließ folglich genau wie bei §140a-d weiten Gestaltungsspielraum für Ärzte und ambulante Leistungserbringer. Entsprechend müssen Gründungswillige mit Blick auf Steuerrecht, Gesellschaftsrecht, Haftungsrecht und die Behandlung der ärztlichen Zulassung ihre Hausaufgaben gründlich machen. Nichtsdestotrotz boomt das MVZ ungebrochen. Seit Einführung des Gesetzes zum 14.11.2003 wurden weit über 1.000 MVZ gegründet, die jedoch im Durchschnitt noch relativ klein sind.

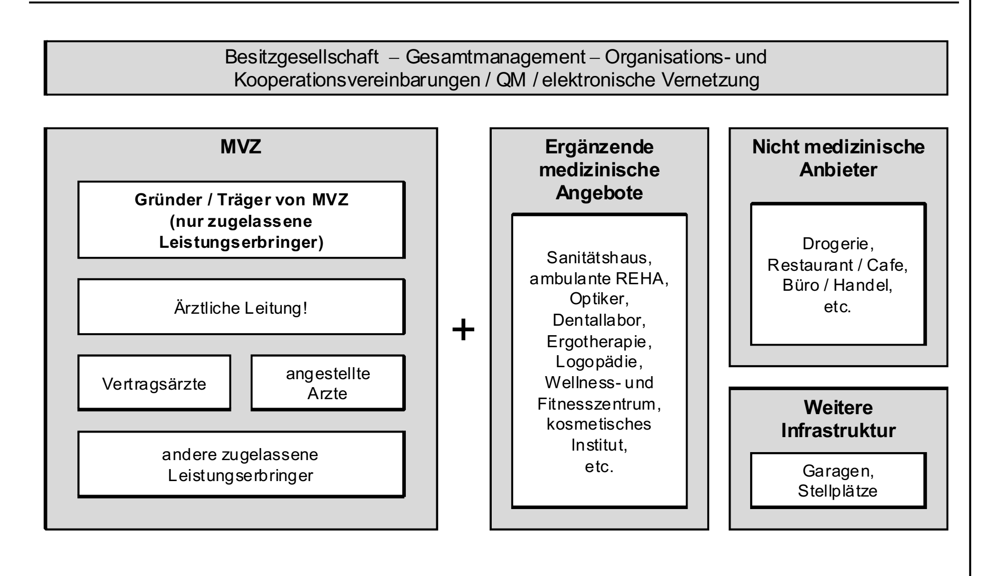
Maßgebliche Gründungsmotivation ist die Realisierung einer Fülle von medizinischen und organisationalen Vorteilen, die häufig unter der Überschrift „Synergieeffekte“ aufgelistet werden:

- Konzentration und Bündelung fachübergreifender Kompetenz,
- sehr gute Grundlage für Disease Management chronisch Kranker und die Versorgung schwererer Erkrankungen,
- patientenorientierte Organisationsstruktur, bei der mit einem Gang mehrere Arztbesuche erledigt werden können („one stop facility“),
- Verminderung von unnötigen Doppeluntersuchungen und bessere Abstimmung mit Ärzten im selben Haus,

Abbildung 6: Kennzahlen Medizinische Versorgungszentren. Quelle: KBV 2009

Aktuelle Entwicklung im 3. Quartal 2008	
Anzahl der Zulassungen:	1152
Gesamtzahl der im MVZ tätigen Ärzte:	5183
Ärzte im Anstellungsverhältnis:	3921 (76%)
Am häufigsten beteiligte Facharztgruppen:	Hausärzte und Internisten
MVZ-Größe:	4,5 Ärzte durchschnittlich
Vorwiegende Träger:	Vertragsärzte und Krankenhäuser
MVZ in Trägerschaft von Vertragsärzten:	54,6%
MVZ in Trägerschaft eines Krankenhauses:	37,2%
Vorwiegende Rechtsformen:	GmbH, GbR, Partnerschaft

Abbildung 7: MVZ als Bestandteil eines Gesundheitszentrums. Nach Dr. Munte/KV Bayern



- flexiblere Öffnungszeiten und Vertretungsmöglichkeiten,
- effizientere Betriebsstätten durch zentralen Einkauf, Personalpool, gemeinsames Management und gemeinschaftliche Gerätenutzung,
- gegenseitiger Ausgleich von Regelleistungsvolumina im MVZ sowie wiederholte Abrechnung der Konsiliarpauschale möglich.

Für einen angestellten Arzt kommt hinzu, dass für ihn Praxisgründungskosten sowie administrative Tätigkeiten entfallen und dass in MVZ auch mit flexiblen Arbeitszeitregelungen Mutterschutz oder Vaterjahr leichter realisiert werden können.

Wenn sich um ein MVZ herum noch weitere medizinische und nicht-medizinische Dienstleister ansiedeln, entsteht ein Gesundheitszentrum, wie es Versicherte schon häufig v.a. in Ballungsräumen vorfinden (s. Abb. 7).

Grundsätzlich gibt es keine plausiblen Gründe, die gegen eine Organisation von Ärzten in MVZs sprechen. In vielen anderen Ländern, wie beispielsweise den Niederlande oder England ist diese Organisationsform Standard. Hauptbedenkenträger sind Kassenärztliche Vereinigungen (KV) und Ärztekammern. Diese fürchten um ihren Einfluss bei der Gestaltung ambulanter Versorgung. Wie oben zitiert ist *jeder* zugelassene, ermächtigte oder vertraglich aufgenommene Leistungserbringer zur Gründung eines MVZ berechtigt. Vor allem Krankenhäuser nutzen diese Option bereits oder planen dies zu tun. Sie können als Träger eines MVZ beispielsweise Einweisungen und Entlassungen organisieren und durch Versorgungsangebote im ambulanten Sek-

tor die erstrebte sektorenübergreifende Versorgung umsetzen. Genauso werden MVZ bspw. von Psychotherapeuten oder Physiotherapeuten gegründet.

Auch wenn eine kontroverse Diskussion um MVZ noch nicht abgeschlossen ist – die Kassenärztliche Vereinigung versucht aktuell das Gründungsrecht auf Ärzte zu beschränken –, so wurde im ambulanten Bereich mit MVZ eine leistungsfähige Organisationsstruktur geschaffen.[3] Gerade im Falle größerer MVZ mit 10 oder mehr Leistungerbringern liegt ein kleines Gesundheitsunternehmen mit einem umfangreichen und gut koordinierten Leistungsangebot sowie Managementkapazitäten vor. Allein durch die Unterbringung der Leistungserbringer an einem Ort ergeben sich zahlreiche Synergien. Da das kleine Gesundheitsunternehmen jedoch über ein Management verfügt, wird es sich nicht nehmen lassen, durch Ausnutzung möglichst aller gesetzlichen Neuerungen und v.a. durch Selektivverträge nach §140a-d und §73c weitere Gewinne sowie die Bindung von Versicherten durch innovative Konzepte und Verträge zu erreichen. Daher sind gerade größere MVZ eine entscheidende Organisationsplattform für Selektivverträge. Mit Blick in die Zukunft können in Deutschland durchaus (Franchise)Ketten von zentral gesteuerten MVZ entstehen. Ein oft genanntes Beispiel hierfür ist die POLIKUM-Gruppe.[4] Wenn auch einige „Arzt-Unternehmen" vorpreschen, bleibt jedoch zu beachten, dass aktuell gerade einmal knapp 3,6% der ambulant tätigen Ärzte (von 146.000 niedergelassenen Ärzten) in MVZ arbeiten.

8.2.3 Neue Versorgungsformen nach § 73c SGB V

Besondere Verträge zur ambulanten Versorgung nach § 73c SGB V sind für MVZ und weitere Leistungserbringer-Zusammenschlüsse höchst attraktiv. Auf diese Weise können eigenständig Preise und Vergütungsformen verhandelt werden, wenn es gelingt, genügend Versicherte mittels finanzieller Anreize zur freiwilligen Beschränkung auf die teilnehmenden Ärzte zu bewegen (s. § 73c Abs. 2 SGB V; dies entspricht auch der Systemlogik der sehr erfolgreichen Prefered Provider Organizations in den USA). Im Extremfall könnten durch diesen Paragrafen Kollektivverträge einer Kassenärztlichen Vereinigung ausgehebelt werden. Dafür müsste ein sehr großer Ärzteverbund mit vielen Krankenkassen einer Region erfolgreich verhandeln. Konkrete Auswirkungen der Regelung lassen sich jedoch zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht abschätzen.

Mit den drei erläuterten Paragrafen zu Selektivverträgen bzw. MVZ wurden die aktuell wesentlichen Möglichkeiten zur Gründung innovativer Organisations- bzw. Versorgungsformen über Leistungserbringer-Zusammenschlüsse erläutert.

[3] Diese Organisationsstruktur lag bis 1990 in der ehemaligen DDR in Form der Polikliniken schon vor. Falls diese Polikliniken nach der Wende nicht aufgelöst wurden, wurden sie gemäß § 311 SGB V weiter betrieben.

[4] www.polikum.de.

8.2.4 Instrumente des Managed Care in Deutschland

Bei Managed Care in den USA erfolgt weiterhin Versorgungsintegration mit Hilfe der Managed Care Instrumente.

In Deutschland werden mit den gesetzlichen Regelungen zu „Disease Management Programmen" und „Hausarztzentrierter Versorgung" jedoch auch auf der Meso-Ebene von Körperschaften/Vereinigungen auf Landes- oder gar Bundesebene Maßnahmen zur Integration von Versorgungsprozessen umgesetzt. Die Inhalte der genannten Instrumente/Regelungen sind dabei exakt dieselben wie in den USA. Sie dienen konsequent einer integrierten Leistungserstellung. Der Unterschied besteht jedoch darin, dass die Gesetze eine flächendeckende Implementierung der erfolgreichen Instrumente vorsehen.

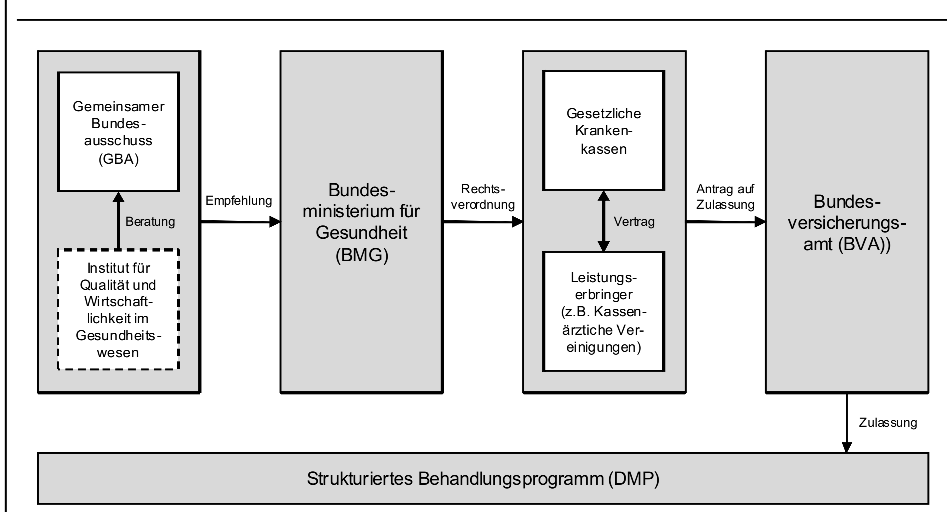
Ein Beispiel für eine derartige „Top down"-Implementierung von Versorgungsintegration sind die *Disease Managment Programme(DMP)* nach § 137f SGB V. Per Rechtsverordnung vom BMG werden enge Rahmenbedingungen für die Gestalt der strukturierten Programme auf Basis von evidenzbasierter Medizin und Leitlinien festgelegt. Das Bundesversicherungsamt prüft zentral die entsprechend der Rechtsversordnung eingereichten DMP-Konzepte von Krankenkassen und Leistungserbringer-Verbünden.

Eine schnelle, flächendeckende Implementierung dieser Disease-Management-Programme erreichte das BMG durch besondere finanzielle Berücksichtigung eingeschriebener Versicherter im Risikostrukturausgleich der gesetzlichen Krankenkassen. Dementsprechend schrieben die Krankenkassen möglichst viele chronisch kranke Versicherte in die Programme ein und schlossen fast ausschließlich DMP-Verträge mit den KVen – die letztlich den Kollektivverträgen (vgl. § 73a SGB V) im ambulanten Sektor sehr ähnlich waren –, um eine schnelle Umsetzung der DMP gewährleisteten (SVR 2007).

Der Gesetzgeber erreichte auf diese Weise eine flächendeckende Umsetzung von evidenzbasierten Behandlungsstandards für häufige chronische Krankheiten vor allem im ambulanten Sektor, die ebenfalls eine geregelte und verbesserte Kommunikation zwischen den Sektoren beinhaltet. Da Krankenkassen jedoch in aller Regel zur Auflage eines DMP keine individuellen Verträge nach §140a-d zur Integration von niedergelassenem Arzt, Krankenhaus, Reha-Einrichtung und Pflegedienst rund um eine chronische Krankheit abschlossen, blieben bei den DMP nach §137f die Sektorengrenzen von Budget und Vergütungssystem weitestgehend bestehen. Damit wurde erweiterten Abstimmungsprozessen um den chronisch kranken Patienten herum natürliche und hinlänglich bekannte Grenzen gesetzt.

Verträge zur *Hausarztzentrierten Versorgung* (§ 73b SGB V) verkörpern ebenfalls eine flächendeckende Implementierung des „Gatekeeping". Krankenkassen werden gesetzlich zum Angebot einer hausarztzentrierten Versorgung (HZV) durch ausgewählte Hausärzte verpflichtet. Wiederum wurden/werden Hausarztverträge mit den KVen geschlossen. Dafür sprechen seitens der Kassen organisatorische Gründe und im Falle kleiner Kassen eine geringe Versichertenzahl. Entsprechend bekommen alle in der KV organisierten, zugelassenen Hausärzte per Vertrag mit der KV „Gatekeeping" verordnet. In politisch vielbeachteten Einzelfällen schlossen die AOK-Bayern und die AOK-Baden-Württemberg jedoch unter Ausschluss der KV einen Versorgungsvertrag mit einem Hausarztverband, in dem Vergütung und Leistungen individuell ausgehandelt

Abbildung 8: Der Weg zum strukturierten Behandlungsprogramm. Quelle: Redaktionsbüro Gesundheit BMG



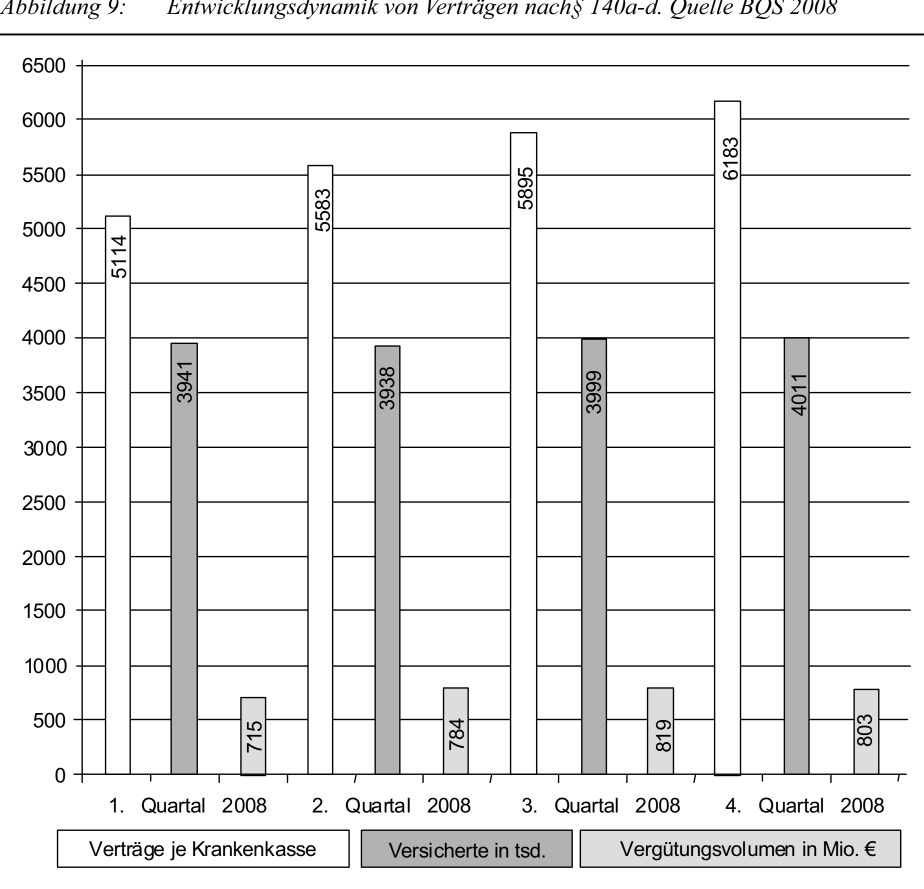
wurden. Damit installierten die beiden AOKen flächendeckend eine hausarztzentrierte Versorgung für ihre Versicherten. Gleichzeitig sind in Baden-Württemberg rund 3.400 von 6.000 Hausärzten von der Versorgung AOK-Versicherter ausgeschlossen, da ein Selektivvertrag mit dem Hausärzteverband geschlossen wurde.

Mit der Regelung zu *ambulantem Operieren im Krankenhaus* (§ 115b SGB V) ermöglichte der Gesetzgeber Krankenhäusern eine Ausweitung der Wertschöpfungskette auf den ambulanten Bereich. Bislang zeigt sich jedoch, dass wenige Krankenhäuser in der Lage sind, im ambulanten Sektor konkurrenzfähig aktiv zu sein. Die Gründe dafür können zu hoher Verwaltungs- bzw. Abrechnungsaufwand, fehlende Infrastruktur bzw. Managementkapazität und – besonders bei Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft – fehlende Investitionsmittel sein. Es ist allerdings davon auszugehen, dass sich die Krankenhäuser mittelfristig massiv in der ambulanten Versorgung positionieren werden. Dies ist aufgrund der kontinuierlich sinkenden Verweildauer im Krankenhaus auch nur folgerichtig.

8.2.5 Von Pilotprojekten zur flächendeckenden Versorgung

Anhand der wichtigsten gesetzlichen Regelungen zur integrierten Versorgung wurde dargestellt, in welcher Form in Deutschland eine Überwindung starrer Sektorengrenzen und eine Verbesserung ineffizienter Versorgungslösungen angestrebt werden. Stark vereinfacht kann zwischen gezielten Maßnahmen *im Kollektivvertragssystem* und der Förderung neuer, eigenständig wirt-

Abbildung 9: Entwicklungsdynamik von Verträgen nach§ 140a-d. Quelle BQS 2008



schaftender, selektivvertraglicher Zusammenschlüsse *neben dem Kollektivvertragssystem* unterschieden werden.

Die genannten Zahlen bescheiden den neuen Versorgungsformen im Vergleich zu Amerika aktuell einen geringen Marktanteil an der Gesamtversorgung. Gleichzeitig macht das Beispiel des AOK-Vertrages zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg mit 3.400 niedergelassenen Hausärzten, die von der Versorgung AOK-Versicherter ausgeschlossen werden, deutlich, dass selektivvertragliche Vereinbarungen in relevanten Wettbewerb mit dem Kollektivvertragssystem treten können. Es bleibt einerseits die Frage, wie zukünftig Bedarfsplanung und Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in einem „Dickicht" von Einzelverträgen gesteuert werden können bzw. sollen. Auch ist bis dato keine abschließende Regelung dafür gefunden worden, wie die ausgehandelten Vergütungsbudgets der kollektivvertraglichen Versorgung um Leistungen, die in Selektivverträgen erstellt werden, bereinigt werden (Schulze / Schwinger 2008).

8.3 Verstehen von komplexen Strukturen – Grundzüge der Versorgungsforschung

Unabhängig davon, ob eine Optimierung des Versorgungsprozesses per Gesetz flächendeckend festgelegt wird, ob Versorgungsunternehmen individuelle Programme für ihre regionale Versichertenpopulation entwickeln oder ob ein Ärzteverbund eine neue Interventions- und Kooperationsform für Demenz-Kranke beschließt; die Versorgungsforschung liefert die Informationen, wo, wie und warum eine Verbesserung erreicht werden kann und ob sie erreicht wurde. Sie dient sprichwörtlich dazu, die „letzte Meile" in der medizinischen Versorgung zu gehen.

Aus diesem hohen Anspruch ergeben sich fünf Kernaufgaben oder Funktionen der Versorgungsforschung, die von der Grundlagenforschung bis zur konkreten Ergebnismessung reichen (s. Abb. 10).

Je nach Forschungsziel einer Studie werden eine oder mehrere der genannten fünf Funktionen im Vordergrund stehen. Ein Beispiel für angewandte Versorgungsforschung, bei der weitest-

Abbildung 10: Funktionen der Versorgungsforschung.
Quelle: nach Neugebauer, Pfaff, Schrapp, Glaeske 2008

4. BEGLEITEVALUATION:
Welche Probleme treten bei der Implementierung neuer Lösungen auf?

5. NACHWEIS VON OUTCOMES:
Wie wirksam sind die Versorgungslösungen unter Alltagsbedingungen?

3. GESTALTUNG:
Welche Versorgungskonzepte/Interventionen können auf Basis bisheriger Theorien und Ergebnisse entwickelt werden?

2. ERKLÄRUNG:
Welche Ursachen für die gegebene Versorgung liegen vor?

1. BESCHREIBUNG:
Welche Kranken- und Gesundheitsversorgung ist gegeben?

gehend alle Bereiche dieses Zyklus durchlaufen wurden, ist die deutschlandweite Einführung der Disease-Management-Programme. Ein weiteres Beispiel für oftmals durchgeführte Gesetzesfolgenforschung ist die Begleitevaluation der DRG-Einführung.

In Sachen „Gestaltung neuer Versorgungskonzepte" hatten Krankenkassen und Leistungserbringer bis 1999 v.a. die Möglichkeit, im Rahmen zahlreich durchgeführter Modellvorhaben nach § 63 SGB V neue Konzepte auszuprobieren. Nach § 65 SGB V sind sie dabei verpflichtet, eine Begleitforschung – meist in Kooperation mit einer Universität – durchzuführen und die Ergebnisse zu publizieren. Mit Einführung des § 140 SGB V zur integrierten Versorgung im Jahr 2000 wurden diese Möglichkeiten entschieden erweitert, allerdings weniger strikte Anforderungen an die Begleitevaluation gestellt.

Neben Universitäten forschen auch andere Institutionen wie das Wissenschaftliche Institut der Ortskrankenkassen (WIdO), das Zentralinstitut der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (ZI) sowie medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaften, eine Vielzahl privater Forschungs- und Beratungsinstitute, wie z.B. das Zentrum für Versorgungsforschung in Köln (ZVFK), und internationale Einrichtungen (WHO, OECD) an Entwicklungen der Patienten- und Versorgungsstruktur. Aus dem Pluralismus der Einrichtungen mit einer Vielzahl von Forschungsschwerpunkten innerhalb der genannten fünf Funktionen folgt, dass der Begriff Versorgungsforschung weit gefasst ist. Der „Arbeitskreis Versorgungsforschung" beim Wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer unter dem Vorsitz von Prof. Schwartz (2004, 2) definierte:

> *„Versorgungsforschung ist die wissenschaftliche Untersuchung der Versorgung von Einzelnen und der Bevölkerung mit gesundheitsrelevanten Produkten und Dienstleistungen unter Alltagsbedingungen."*

In Abgrenzung zur Gesundheitssystemforschung untersucht die Versorgungsforschung eher die konkrete Leistungserstellung in Gesundheitseinrichtungen bzw. -netzwerken vor Ort. Folglich werden der Einfluss von gesetzlichen Rahmenbedingungen, Finanzierungslösungen und Vergütungssystemen eher auf der Mikroebene in die Erforschung eines *lokalen Versorgungssystems* mit einbezogen. Dabei liegt das Hauptaugenmerk auf Konsequenzen für die *Qualität* der Gesundheitsversorgung (Schwartz / Busse 2003).

Der Vorsitzende des Deutschen Netzwerkes für Versorgungsforschung (DKVF), Prof. Holger Pfaff (2003), beschreibt ein solches zu untersuchendes, meist lokales Netzwerk in vier Untersuchungsbereichen (s. Abb. 11).

Die *Input-Forschung* untersucht für die Bevölkerung den Bedarf sowie die tatsächliche Nachfrage und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch den Patienten. Gerade bei psychischen Erkrankungen wie bspw. Depression besteht bis heute eine Diskrepanz zwischen tatsächlichem Bedarf und erfolgter Inanspruchnahme (Schlee / Hegerl 2006). Bei den Leistungserbringern werden Personalausstattung und Qualifikation, angewandte Technologien und Verfahren sowie die Wirkung von Finanzierung und Vergütung als wichtige Determinanten des Outputs bzw. Outcomes erhoben.

Abbildung 11: Das Systemtheoretische Modell des Versorgungssystems. Quelle: Pfaff 2003

Die *Throughput-Forschung* beschreibt und untersucht organisationale Prozesse und Strukturen, die bei gegebenem Input zur Erstellung einer Versorgungsleistung und einem entsprechenden Behandlungsergebnis führen. Gegenstand dieser Prozess-Forschung ist:

- die Erstellung und Implementierung von Leitlinien oder Behandlungspfaden,
- die Optimierung von Wartezeiten,
- Prozesse der partizipativen Entscheidungsfindung,
- eine Analyse von Schnittstellen.

Pfaff (2003, 18) nennt diese Organisationsforschung, die unter dem Stichwort „Schnittstellen" Beziehungen, Abhängigkeiten, Strukturen und Zuständigkeiten *zwischen* Leistungserbringern in Beziehung setzt, als „eines der zentralen Teilgebiete der Versorgungsforschung". Die gesamte Diskussion um die neuen Versorgungsformen basiert im Kern auf der Annahme, dass v.a. bei organisationalen Zusammenhängen durch verbesserte Vernetzung Effizienz- und Qualitätsreserven realisiert werden können. Gerade im „Dickicht der Prozesse" kann eine Untersuchung relevanter Wirkungszusammenhänge Erklärungen für nachhaltige Innovationen liefern. Wertvolle Erklärungsbeiträge können dafür u.a. aus der soziologischen Netzwerkforschung kommen (vgl. Amelung / Sydow / Windeler 2009).

Die *Output-Forschung* untersucht Art und Menge der unmittelbar erbrachten Versorgungsleistungen (z. B. Diagnosen, Eingriffe, Nachsorge) meist im Zusammenhang mit Vergütungssystemen. Das Behandlungsergebnis oder die Frage nach der Wirksamkeit einer Maßnahme (Outcome) ist bei derartigen Untersuchungen nachrangig. So kann es bspw. durch Einführung des DRG-Systems zur Ab- oder Zunahme bestimmter Einzelleistungen im Krankenhaus kommen.

Die *Outcome-Forschung* untersucht das Erreichen des gesundheitlichen Zieles. Hierzu werden kurzfristige Ziele (z. B. Wundheilung), langfristige Ziele (z. B. Lebenserwartung, Lebensqualität) und subjektive Faktoren der Patientenzufriedenheit ggf. in Relation zum Ressourcenverbrauch betrachtet.

Zusammenfassend kann Versorgungsforschung durch den *Forschungsgegenstand* eines eher lokalen Versorgungssystems mit den soeben geschilderten vier Teilgebieten sowie die fünf möglichen *Forschungsaufgaben* zur Realisierung einer qualitativ hochwertigen Versorgung charakterisiert werden. Der Arbeitskreis Versorgungsforschung (2004) nimmt u.a. mit Blick auf die *Forschungsmethodik* weitere Abgrenzungen zu anderen Forschungsdisziplinen im Sektor Gesundheit vor.

Definitionsgemäß (s.o.) untersuchen Versorgungsforscher die „effectiveness", sprich die Wirksamkeit bestimmter Maßnahmen, unter Alltagsbedingungen. Dazu werden klassische Studiendesigns der Epidemiologie wie etwa die Kohortenstudie oder Fall-Kontroll-Studien verwendet bzw. randomisierte, kontrollierte Studiendesigns für die Erhebung unter unkontrollierbaren Alltagsbedingungen angepasst. Klinische Studien der Evidence based Medicine (EbM) oder Studien zum Health Technology Assessment (HTA) messen dagegen meist die Wirksamkeit einer Intervention unter streng kontrollierten (Ideal)Bedingungen „im Labor" (efficacy). Auch wenn die Ergebnisse derartiger Randomised Controlled Trials (RCT) – die meist zum Zweck der Markteinführung eines neuen Produktes durchgeführt werden – für Versorgungsforschung genutzt werden – z.B. im Rahmen von Metaanalysen –, zählen sie mangels Alltagsbezug nicht zur Versorgungsforschung im engeren Sinne (Arbeitskreis Versorgungsforschung 2004). Ebenso haben Versorgungsforscher inhaltlich die gesamte, lebenslange Gesundheitsversorgung im Blick und nicht nur akut-klinische Aspekte. Das schließt neben Diagnose, Behandlung, Nachsorge und Pflege erkrankter Menschen insbesondere alle Formen der Prävention mit ein.

Forschen Epidemiologen ferner ausschließlich an der Prävalenz oder Inzidenz eines bestimmten Krankheitsbildes in der Bevölkerung (z.B. Dekubitus) *ohne* Bezug zu bestimmten Versorgungseinrichtungen und die dortige Praxis (z.B. Pflegeheime) zu nehmen, ist dies ebenfalls nicht Gegenstand der Versorgungsforschung.

Weiterhin wird im Zuge der Versorgungsforschung experimentelle Grundlagenforschung und Methodenforschung betrieben. Diese muss kurzfristig nicht unmittelbar praktisch verwertbar sein; bietet jedoch langfristig Potenzial für nachhaltige Innovationen. Ein Beispiel für derartig grundlegende Methodenforschung ist die Bestimmung von Möglichkeiten, Grenzen und „best practice" der Routinedatenanalyse, welche aktuell durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung in mehreren Projekten gefördert wird. Gerade weil mit Versorgungsforschung die *alltägliche* Versorgungsrealität vor Ort erfasst werden soll, werden zunehmend Routinedaten zu Analysezwecken verwendet. Derartige pseudonymisierte Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenversicherung[5] liegen regelmäßig und zeitnah vor, ohne dass eine Erhebung durchgeführt werden muss. Sie bilden das Versorgungsgeschehen vor Ort unmittelbar ab. Da die Daten zum Zweck der Abrechnung dokumentiert wurden, sind sie „unbestechlich" gegenüber Forschungsfragen zur Versorgungsqualität und erfassen das alltägliche Leistungsgeschehen vollständig.

Routinedaten werden in den USA bspw. genutzt, um Krankenhäuser bezüglich der Patientensicherheit, d.h. der Anzahl vermeidbarer Komplikationen wie z.B. „Instrument vergessen bei der Operation", „Naht nach Operation wieder aufgegangen" oder „Infektion durch Behand-

5 Z.B. stationäre Daten nach § 301 SGB V oder ambulante Daten nach § 295 SGB V.

Abbildung 12: Versorgungsforschung im Kanon der Forschungsdisziplinen im Sektor Gesundheit. Quelle: Amelung 2007

	Ökonomische Evaluationsverfahren	**Evidenzbasierte Medizin (EBM)**	**Versorgungs- bzw. Outcomesforschung**	**Health Technology Assessment (HTA)**
Merkmal	Einbeziehung von Kosten und monetären Ergebnisindikatoren in die Evaluation	Analyse der klinischen Wirksamkeit („efficacy“) einer Technologie	Analyse der Beziehung zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (effectiveness)	Neben Wirksamkeitsbeurteilung Untersuchung ethischer, rechtlicher und sozialer Faktoren neuer Technologien
Entscheidungsproblem	Nutzenmaximierung bzw. Kostenminimierung von Gesundheitstechnologien	Selektion und Beurteilung relevanter Daten und Verfahren	Optimierung der Ergebnisse (Outcomes)	Auswahl und Timing von Gesundheitstechnologien
Theoretische Basis	Ökonomische Wohlfahrtstheorie (Verteilung), Entscheidungstheorie	Epidemiologie, Metaanalyse	Qualitätsansatz von Donabedian, Gesetzesfolgenforschung	Technologiefolgenbewertung

lung“ zu vergleichen (s. AHRQ 2008, Rivard et al. 2008). In Deutschland entwickelte das Wissenschaftliche Institut der Ortskrankenkassen (WidO) zusammen mit dem Forschungs- und Entwicklungsinstitut für das Sozial- und Gesundheitswesen Sachsen-Anhalt (FEISA) und der Helios Kliniken GmbH (2007) im Rahmen des Projektes „Qualitätssicherung mit Routinedaten – QSR“ ein Indikatorenset, das für acht schwerwiegende Krankheitskomplexe, wie z.B. Schlaganfall, die Endpunkte Sterblichkeitsrate innerhalb von 30, 90 oder 365 Tagen, Wiedereinweisungsrate oder Verweildauer untersucht. Derartige Indikatoren ermöglichen es, mit minimalem Erhebungsaufwand Qualitätstransparenz der Krankenversorgung zu gewährleisten. Gleichwohl müssen bei der Verwendung von Routinedaten einige Probleme beachtet und (noch) gelöst werden. So fehlt in den Abrechnungsdaten oftmals die relevante klinische Information für spezifische Forschungsfragen. Kodiergewohnheiten einzelner Krankenhäuser (generell ist die Qualität der Kodierung für die Nutzbarkeit von Routinedaten ausschlaggebend, oder einfacher ausgedrückt shit in – shit out) sowie laufende Änderungen in den Abrechnungssystemen können Ergebnisse verfälschen (Swart / Ihle 2008). Eine Risikoadjustierung zum fairen Vergleich von Einrichtungen ist nicht trivial (Heller 2006). Dergleichen müssen technische Hürden der Datenverarbeitung sowie rechtliche Hürden der Datenhoheit überwunden werden. Entsprechend sind weitere Validierungsstudien, die Aussagen von Routinedaten mit denen paralleler Erhebungen vergleichen, durchaus sinnvoll (Garbe 2008), diese laufen in Deutschland gerade an.

8.4 Evaluation komplexer Strukturen

Neue Versorgungsformen können sich langfristig nur dann durchsetzen, wenn sie einen Mehrwert schaffen und diesen Mehrwert mit geeigneten Analysen nachweisen. Diese Erkenntnis ist für Leistungserbringer und Krankenkassen nichts Neues. Auch wenn in den §§ 140a-d keinerlei Verpflichtung zur Evaluation der Projekte der integrierten Versorgung enthalten ist,[6] sind zahlreiche, v.a. große und inzwischen etablierte Netzwerke wie etwa das „gesunde Kinzigtal" bemüht, Nachweise zur Effizienz ihrer Tätigkeit zu erbringen (vgl. Weatherly et al. 2006; EKIV 2009).

Jenseits einer bürokratielastigen Erfüllung schematischer gesetzlicher Evaluationsvorgaben kontrollieren größere Projekte, die über die nötigen personellen Ressourcen oder Partnerschaften verfügen, das Leistungsgeschehen in ihrem Netzwerk. Schwachstellen werden aufgedeckt, neue Konzepte werden entworfen und implementiert. Gleichzeitig sollen mit einer außenwirksamen Demonstration positiver Ergebnisse weitere Versicherte für die freiwillige Teilnahme an der integrierten Versorgung gewonnen werden. Beteiligte Krankenkassen nutzen die Evaluationsergebnisse weiterhin für ihr Image-Marketing und die Gewinnung von Versicherten.

Neben dieser praktischen Notwendigkeit des Marketings und der Selbstreflektion (respektive des strategischen Controllings) liefern die beobachteten Ansätze zur Evaluation der Öffentlichkeit wenigstens partiell einen Nachweis dafür, ob die Mittel der Anschubfinanzierung, die in den Jahren 2004 bis 2008 aus dem ambulanten und stationären Budget abgezogen wurden, sinnvoll verwendet wurden (vgl. SVR 2007). Die Anschubfinanzierung ermöglichte eine bunte Vielfalt von Projekten, die teils mit viel Idealismus umgesetzt wurden. Gerade nach dem Auslaufen der Anschubfinanzierung kann Evaluation den Erfahrungsschatz einer bewegten Versuchs- und Irrtums-Phase dokumentieren.

Wie im vorigen Abschnitt erläutert, stellen Routinedaten eine Datenbasis dar, die künftig einfache und schnelle – aber auch inhaltlich limitierte – sektorenübergreifende Auswertungen vor Ort ohne großen Mitteleinsatz ermöglichen. Damit fällt eine Evaluation von neuen Versorgungsformen technisch und finanziell gesehen leichter. Inhaltlich gesehen ist die Analyse von Outcomes in einem Versorgungsnetzwerk jedoch nach wie vor keineswegs trivial. Im Kern gilt es, zwei zentrale Hürden zu nehmen:

1) Der zu messende „Mehrwert" muss definiert und mit Indikatoren hinterlegt werden.
2) Es müssen Verfahren gefunden werden, die die definierten, interessierenden Indikatoren in einem Netzwerk mit vielen beteiligten Akteuren zuverlässig messen.

Wie eingangs erwähnt, sind neue Versorgungsformen darauf angewiesen, Mehrwert im Vergleich zur Regelversorgung nachzuweisen, wenn sie im politisch intendierten Wettbewerb bestehen wollen. Dabei ist es vergleichsweise einfach, eine Kostenersparnis im Vergleich zu ähnlichen Patienten der Regelversorgung nachzuweisen. Wesentlich schwieriger wird es, eine Qualitätssteigerung oder Verbesserung durch eine tatsächliche Innovation im Versorgungsprozess zu dokumentieren.

---

[6] Bei Modellprojekten nach § 63 SGB V ist dagegen eine unabhängige Begleitevaluation vorgeschrieben.

Besonders in der Aufbruchsphase der integrierten Versorgung entstand häufig der Eindruck, die zahlreichen neugegründeten Projekte könnten als Art Allheilmittel sämtliche bekannten Schwachstellen der Regelversorgung wie etwa

- Über-, Unter- und Fehlversorgung,
- übermäßige Konzentration auf akutmedizinische und organbezogene Behandlung,
- mangelnde Verzahnung und Kooperation zwischen Leistungsbereichen,
- mangelnde Einbeziehung von evidenzbasierten Erkenntnissen und Leitlinien

überwinden. Diese gebetsmühlenhaft wiederholten Schwachstellen der Regelversorgung waren der Ausgangspunkt für die Entwicklung und Implementierung zahlreicher Konzepte zur integrierten Versorgung. Hinzu kommen Einzelinteressen der Ärzte, Krankenkassen und Patienten, die in neuen Projekten der integrierten Versorgung Möglichkeiten erblickten, bislang geduldete Missstände zu ihren Gunsten zu wenden und somit aus ihrer Perspektive eine Verbesserung zu erreichen. Es resultiert eine Vielfalt von Ideen und Vorstellungen, was nun der „Mehrwert" einer integrierten Versorgung ist. Entsprechend wird deutlich, dass es u.U. nicht leicht fallen wird, die Endpunkte für eine Evaluation zu definieren (1). Hat sich jedoch ein individuelles Netzwerk entsprechend seinem Versorgungskonzept und den Interessen der Beteiligten auf zu messende Endpunkte geeinigt, so gilt es, diese Endpunkte technisch sauber zu messen (2). Auch hier ergeben sich Schwierigkeiten. Oftmals fällt es beispielsweise schwer, den entsprechenden Referenzwert in der Regelversorgung zu bestimmen. Im Folgenden werden eine Übersicht möglicher Endpunkte (1) sowie Hürden der Evaluation und Praxisbeispiele der Evaluation dargestellt (2).

Die Definition der Wertschöpfung von integrierter Versorgung aus unterschiedlichen Perspektiven – Die BMC-Matrix

Gesundheitsökonomen tendieren dazu, den Mehrwert einer neuen Versorgungsform makroökonomisch zu evaluieren. Sie fragen nach dem eher langfristigen Nutzenbeitrag der neuen Versorgungsform für die gesamte Gesellschaft. Würde der Gesetzgeber eine Evaluation der integrierten Versorgung vorschreiben, stände diese Sicht verständlicherweise im Vordergrund. Da dies nicht geschehen ist, müssen sich die beteiligten Akteure eines Netzwerkes im Rahmen einer alltagstauglichen Evaluation selbst darauf einigen, worin die zu messende Wertschöpfung ihres Netzwerkes besteht bzw. welche potenzielle Wertschöpfung mit einer Erhebung nachgewiesen werden soll. Je nachdem, ob ein niedergelassener Arzt, das Krankenhausmanagement, ein Vertreter der Krankenkasse oder ein Patient nach der Wertschöpfung seines Versorgungsnetzwerkes gefragt wird, wird die Antwort unterschiedlich ausfallen. Eine mögliche Versorgungsverbesserung kann folglich in mehreren Dimensionen gemessen werden. Diesem Umstand Rechnung tragend entwickelte der Bundesverband Managed Care eine Beurteilungsmatrix (BMC-Matrix, s. Amelung et al. 2008), welche wesentliche Optimierungsinteressen der beteiligten Netzwerkakteure und der Gesundheitspolitik zusammenträgt. Sie ermöglicht somit eine vergleichende Beurteilung von unterschiedlichen Konzepten zur integrierten Versorgung (s. Abb. 13).

Abbildung 13: Beurteilungsdimensionen der integrierten Versorgung, die BMC-Matrix

A) Gesundheitssystem					
	sehr niedrig	niedrig	mittel	hoch	sehr hoch
gesundheitsökonomisches Potenzial					
Innovationsgrad					
Nachhaltigkeit und Zukunftsorientierung					
Transparenz					
Übertragbarkeit auf andere Regionen					
Kurze Begründung / Erläuterung					
B) Medizinische Versorgung					
	sehr niedrig	niedrig	mittel	hoch	sehr hoch
strukturelle Verbesserungen					
Verbesserung der Behandlungsprozesse					
Komplexität der Versorgung					
Transparenz					
Kurze Begründung / Erläuterung					
C) Patienten					
	sehr niedrig	niedrig	mittel	hoch	sehr hoch
Verbesserung der medizinischen Versorgung					
Verstehbarkeit und Transparenz					
Einbindung in die Entscheidungen					
Wahlmöglichkeiten und Zugang					
finanzielle Anreize					
Kurze Begründung / Erläuterung					
D) Management/Betreiber					
	sehr niedrig	niedrig	mittel	hoch	sehr hoch
Wertschöpfungspotenzial					
Organisationsgrad					
Komplexität					
Nachhaltigkeit					
Risiko/Vulnerabilität					
finanzielle Anreize für Leistungserbringer					
nicht-monetäre Anreize					
Bekanntheitsgrad in der Zielgruppe					
Kurze Begründung / Erläuterung					

8.4.1 Mehrwert aus Sicht des Gesundheitssystems

Die Gesundheitspolitik erhofft sich durch die Öffnung des Marktes für neue Versorgungsformen im Wesentlichen entweder eine verbesserte Versorgung zu gleichen Kosten, eine vergleichbare Versorgung zu niedrigeren Kosten oder, im Sinne des klassischen Managed-Care-

Anspruches, eine Versorgungsform, die sowohl verbessert als auch gleichzeitig kostengünstiger ist. Alle drei Ausprägungen bedeuten für das Gesundheitssystem eine Systemverbesserung, sind somit wünschenswert und sollten bestehende Strukturen ablösen. Im ökonomischen Verständnis des Wettbewerbs als einem Suchprozess sollen Wettbewerbskräfte freigesetzt und Systeminnovationen generiert werden. Entscheidend ist dabei, dass die gesundheitspolitische Betrachtung eine makroökonomische ist. Somit ist nicht relevant, welche Auswirkungen neue Versorgungsformen auf einzelne Marktteilnehmer haben, sondern welche auf das gesamte System. Dies setzt allerdings voraus, dass die gesundheitspolitischen Ziele explizit formuliert werden. Die aus gesundheitspolitischer Sichtweise wichtigste Dimension ist das gesundheitsökonomische Potenzial. Volkswirtschaftliche Krankheitskostenstudien belegen zum Beispiel, dass ein großer Anteil der Gesundheitsausgaben auf einen relativ kleinen Anteil der Bevölkerung entfallen, die an bestimmten Volkskrankheiten wie etwa Depression, Demenz, Diabetes, chronischen Schmerzen oder Tumorerkrankungen leiden. Eine neue Versorgungslösung für derartige chronische Krankheiten kann sowohl großen Nutzen bei oftmals massiv beeinträchtigen Patienten stiften, als auch langfristig zur Reduktion der krankheitsbezogenen Gesundheitsausgaben beitragen. Auf Basis solcher Überlegungen wurden die Disease-Management-Programme in Deutschland eingeführt.

8.4.2 Mehrwert aus Sicht der medizinischen Versorgung

Neue Versorgungsformen sind Organisationsmodelle, *in* denen medizinische Leistungserstellung erfolgt. Dies bedeutet, dass die Art der medizinischen Leistungserstellung (Schulmedizin, alternative Heilmethoden etc.) an sich keine „neuen Versorgungsform“ darstellt, da die medizinische Lehre ja immer noch dieselbe ist. Entsprechend wird die Wirksamkeit eines spezifischen Therapieverfahrens im Zuge der Evaluation eines Netzwerkes nicht überprüft. Dafür gibt es randomisierte kontrollierten Studien der Evidence based Medicine. Lediglich für die Erhebung der Strukturqualität eines Netzwerkes kann geprüft werden, ob für die ausgewählten Behandlungsverfahren ausreichend klinische Evidenz zur Wirksamkeit vorliegt. Im Fokus einer Evaluation zur integrierten Versorgung stehen die organisatorischen Ablaufstrukturen, in denen medizinische Leistungen erstellt werden. Es ist die zentrale Annahme der integrierten Versorgung, dass durch Vereinbarungen an erfolgskritischen Schnittstellen des medizinischen Behandlungsprozesses sowie durch klare Kommunikationsregeln bzw. Behandlungspfade Effizienzreserven realisiert werden können, die bislang durch Kommunikations- und Anreizbrüche in der Regelversorgung verwehrt sind. In vielen Fällen – besonders bei der Behandlung psychischer Erkrankungen – bewirkt allein die (rechtzeitige) Verfügbarkeit von relevanter Patienteninformation bei allen beteiligten Leistungserbringern deutliche Behandlungsverbesserungen. In Summe können derartige Umstrukturierungen der Organisation, die meist zusammen mit neuen IT-Lösungen eingeführt werden, bedeutende Veränderungen für den teilnehmenden Arzt sowie eine gestiegene Komplexität der Patientenbehandlung nach sich ziehen. Nicht immer treffen Vereinbarungen zur integrierten Versorgung den richtigen und notwendigen Organisationsgrad. Daher ist es gerade für Neuerungen bei Versorgungsprozessen wichtig, deren tatsächliche Effizienz und Wirksamkeit zu überprüfen.

8.4.3 Mehrwert aus Sicht des Patienten

In einem zunehmend patientenorientierten Gesundheitssystem ist die Beurteilung aus Sicht der Patienten von entscheidender Bedeutung. Sie wurde in der Vergangenheit häufig vernachlässigt. Der Gesetzgeber hat genau vor diesem Hintergrund die freiwillige Einschreibung des Patienten für die integrierte Versorgung vorgeschrieben. Somit können Leistungserbringer nicht einfach „integriert versorgen“. Sie müssen klar definierte Angebote machen und die Patienten dafür – nicht zuletzt mit dem Nachweis guter Evaluationsergebnisse – gewinnen. Obwohl diese Regelung vom Grundsatz her zu begrüßen ist, dürfen einige problematische Aspekte nicht ignoriert werden. Erstens ist die Entscheidung in den meisten Fällen nicht völlig frei, sondern oftmals beeinflusst vom ärztlichen Leistungserbringer. Somit bedarf es einer erheblichen Ablehnung des Patienten, wenn er diesem Vorschlag nicht folgt. Zweitens stellt sich für den Patienten die Frage, ob er ohne die integrierte Versorgung keine gute Versorgung erhält. Es entsteht Unsicherheit. Dabei entfällt auf den Arzt die teils sensible Aufgabe, Veränderungen im Versorgungsablauf, wie etwa den Wechsel eines Medikamentes, eine Einschränkung der Arztwahlfreiheit oder die Teilnahme an Präventionsprogrammen zu vermitteln und entsprechender Skepsis zu begegnen.

8.4.4 Mehrwert aus Sicht der Vertragspartner

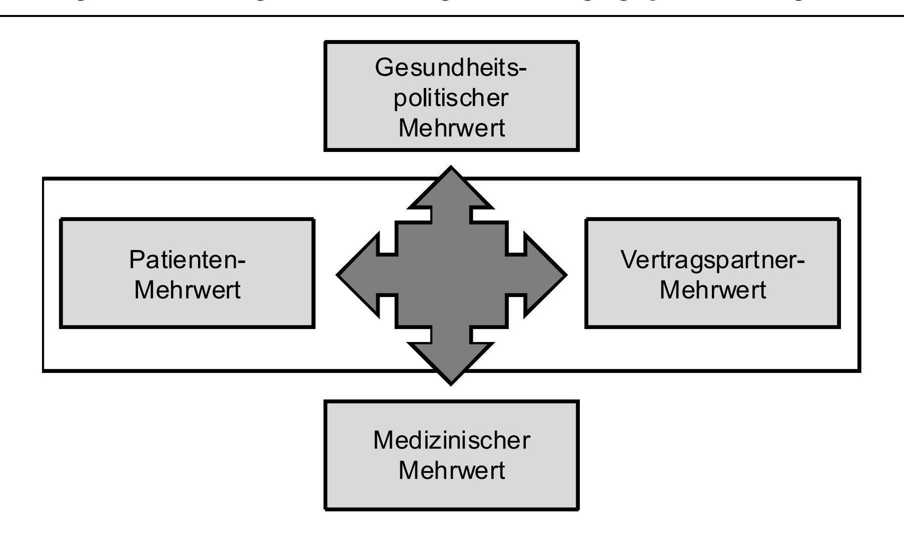
Im Sinne von Managed Care entwickeln bzw. vereinbaren Krankenversicherung und Leistungserbringer ein gemeinsames Produkt der integrierten Versorgung, bei welchem die Grenzen zwischen Versicherungsfunktion und der Funktion der Leistungserstellung zumindest partiell aufgehoben werden, und sie verfolgen teilweise deckungsgleiche Ziele. Ein Modell der integrierten Versorgung kann für eine Krankenkasse Mehrwert generieren, wenn es:

- eine Differenzierung im Wettbewerb und Marketing,
- das Sammeln von Erfahrung und Aufbau von Kompetenz zur Versorgungsgestaltung,
- eine Verbesserung der Versorgungsleistungen durch gute Organisation,
- den Einkauf guter Leistungen bzw. Verträge mit guten Leistungsbringern,
- Kosteneinsparungen in der Versorgung

ermöglicht. Es liegt im Interesse der Kassen, den Versicherten die bestmögliche Leistung zu bieten. Integrierte Versorgung bietet sowohl die Möglichkeit, gute Krankenhäuser und Ärztenetze an sich zu binden, als auch die Chance, bei der Vertrags- und Versorgungsgestaltung eigene, strategisch wertvolle Erfahrung mit der Patientenversorgung zu sammeln. Folgende vier Ziele können Leistungserbringer mit Projekten zur integrierten Versorgung verfolgen:

- Optimierung von bekannten Schwachstellen der Versorgung,
- Ausweitung der medizinischen Leistungen bzw. des Leistungskataloges,
- extrabudgetäre Erträge,
- Umsatzvolumen und Garantien (v.a. Krankenhäuser).

Abbildung 14: Beurteilungsdimensionen integrierter Versorgung. Quelle: Amelung 2008



Auch wenn Krankenkassen und Leistungserbringer sichtbar unterschiedliche Ziele verfolgen; entscheidend ist, ob es ihnen gelingt, gemeinsam ein nachhaltiges Konzept zur Versorgungsoptimierung zu vereinbaren, das entweder eine gravierende Schwachstelle schließt und/oder eine relevante Patientenpopulation besser versorgt.

Abbildung 14 stellt die vier Dimensionen dar. Dabei ist entscheidend, dass der Mehrwert insbesondere auf der Horizontalen liegen muss, da es ansonsten keine Verträge geben würde.

Die BMC-Matrix zeigt auf, in welchen Dimensionen Outcomes einer integrierten Versorgung erhoben werden können und welche Erwartungen an integrierte Versorgung herangetragen werden. Um das volle Potenzial einer neuen Versorgungsform zu dokumentieren, müssten Nachweise zu jeder Perspektive erhoben werden.

8.5 Ausblick

Sowohl die neuen Versorgungsformen als auch die Versorgungsforschung befinden sich noch ganz am Anfang. Dies ist auch nur folgerichtig, spielte Wettbewerb im Gesundheitswesen in der Vergangenheit nur eine untergeordnete Rolle. Dies hat sich durch die letzten Gesetzgebungen aber nachhaltig verändert. Wettbewerb führt zwangsläufig zu einer Ausdifferenzierung der Versorgungsstrukturen und damit einhergehend entsteht die Notwendigkeit, individuell zu bestimmen, welche Konzepte Wettbewerbsvorteile generieren können und welche nicht. Somit entwickelt sich die Versorgungsforschung auch zu einer Disziplin des internen strategischen Controllings. Der angestrebte Qualitätswettbewerb kann nur funktionieren, wenn es unterschiedliche Versorgungskonzepte gibt. Hier befindet sich das Gesundheitswesen allerdings in einem

Dilemma: Aus ethischen Gründen muss Erkenntnisgewinn allen sofort zur Verfügung gestellt werden, aus Wettbewerbssicht stellt er die Grundlage des Aufbaus von Wettbewerbsvorteilen dar. Genau hier muss ein Kompromiss zwischen öffentlichen und privatwirtschaftlichen Interessen gefunden werden.

Literatur

AHRQ Quality Indicators 2007: Guide to Patient Safety indicators, Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), Rockville, MD, URL: http://www.qualityindicators.ahrq.gov/psi_download.htm, Zugriff 14.11.2008.

Amelung, V.E. / Deimel, D. / Reuter, W. / van Rooij, N./ Weatherly, J. N. 2009: Managed Care in Europa, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Amelung, V.E. / Sydow, J. / Windeler, A. 2009: Vernetzung im Gesundheitswesen – Wettbewerb und Kooperation, Kohlhammer, Stuttgart.

Amelung, V.E. / Meyer-Lutterloh, K. / Schmid, E. / Seiler, R. / Lägel, R. / Weatherly, J. N. 2008: Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren – Von der Idee zur Umsetzung, 2. Aufl., Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Amelung, V. E. / Berchtold P. 2008: Neue Schlüsselqualifikationen und Berufsfelder in Managed Care. Care Management 01/2008 (Nr.2). 1-4.

Amelung, V. E. / Cornelius, F. 2008: Themenheft Gesundheitsökonomie. Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik. Henke. K.D. (Hrsg.). Bd. 227, Lucius & Lucius. Stuttgart.

Amelung, V. E. 2007: Integrierte Versorgung – von Pilotprojekten zur „wirklichen“ Regelversorgung, In: Gesundheits- und Sozialpolitik 1–2/2007. 47-50.

Amelung, V. E. 2007: Managed Care – Neue Wege im Gesundheitsmanagement, 4. Auflage, Gabler, Wiesbaden.

Amelung, V. E. / Janus, K. 2008: US-Gesundheitswesen: Health Care vor der Wahl, Gesundheit und Gesellschaft 11/2008. 22-28.

Amelung, V. E. / Janus, K. 2005: Erfolgsfaktoren für die integrierte Versorgung unter Einbeziehung von Erfahrungen aus den USA, in: Hellmannn, W. (Hrsg.): Handbuch integrierte Versorgung, 3. Erg. Lfg. 4/05, Economica Bonn. 1-26.

Amelung, V. E. / Janus, K. 2006: Veränderte Marktstrukturen für Ärzte im ambulanten Sektor, Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft, 6 (3). 26-35.

Amelung, V. E. / Meyer-Lutterloh, K. / Tilgner, S. 2006: Prinzipien einer nachhaltigen Gesundheitspolitik. Orientierung zur Wirtschafts- und Gesellschaftspolitik 2006; 109(3). 53-56.

Amelung, V. E. / Janus, K. 2005: Modelle der integrierten Versorgung im Spannungsfeld zwischen Management und Politik, In: Klauber, J. / Robra, B P. / Schellschmidt, H.: Krankenhausreport 2005, Schattauer Stuttgart. 13-26.

AMELUNG, V. E. / VOSS, H. / JANUS, K. 2005: Ökonomische Anreize in integrierten Versorgungssystemen – Grundlage für Nachhaltigkeit und Motivation, in: Badura, B., Iseringhausen, O. (Hrsg.): Versorgungsforschung, Bern. 115-131.

AMELUNG, V. E. 1999: Managed Care: Organisationen im Wandel – Produktdifferenzierung und Mehr-Produkt-Unternehmen, in: zfb, Sonderband 5.

AOK-BUNDESVERBAND / FORSCHUNGS- UND ENTWICKLUNGSINSTITUT FÜR DAS SOZIAL- UND GESUNDHEITSWESEN SACHSEN-ANHALT (FEISA) / HELIOS KLINIKEN / WISSENSCHAFTLICHES INSTITUT DER AOK (WIDO) (HRSG.) 2007: Qualitätssicherung der stationären Versorgung mit Routinedaten (QSR) – Abschlussbericht, URL: http://wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_krankenhaus/wido_kra_qsr abschlussbericht_0407.pdf.

ARBEITSKREIS „VERSORGUNGSFORSCHUNG BEIM WISSENSCHAFTLICHEN BEIRAT DER BUNDESÄRZTEKAMMER 2004a: Definition und Abgrenzung der Versorgungsforschung, URL: www.bundesaerztekammer.de/downloads/Definition.pdf, Zugriff 03.04.2009.

BADURA, B. / ISERINGHAUSEN, O. 2005: Versorgungsforschung, Bern. 115-131.

BADURA, B. / SCHELLSCHMIDT, H. / VETTER, C. 2007: Fehlzeiten-Report 2006 – Chronische Krankheiten, Springer, Heidelberg.

BAUMBERGER, J. 2001: So funktioniert Managed Care. Anspruch und Wirklichkeit der integrierten Gesundheitsversorgung in Europa, Thieme, Stuttgart.

BERCHTOLD, P. / HESS, K. 2006: Evidenz für Managed Care – Europäische Literaturanalyse unter besonderer Berücksichtigung der Schweiz: Wirkung von Versorgungssteuerung auf Qualität und Kosteneffektivität, Arbeitsdokument 16, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Obsan Zollikofen.

BERWICK, D. M. 2004: Payment by capitation and the quality of care, in: The New England Journal of Medicine, vol. 335, no. 16. 1227-1231.

BÖDEKER, W. / ZELEN, K. 2006: Frühindikatoren für Langzeit-Arbeitsunfähigkeit – Entwicklung eines Vorhersage-Instruments für die betriebliche Praxis**,** in: BADURA, B./ SCHELLSCHMIDT, H. / VETTER, C. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2006 – Chronische Krankheiten, Springer, Heidelberg. 187-196.

BODENHEIMER, T. 2000: Disease management in the American market, in: BMJ 320. 563-566.

BIRKMEYER, N. / BIRKMEYER, J. 2006: Strategies for improving surgical quality – should payers rewards excellence or effort? New England Journal of Medicine, 354 (8). 864-870.

BRAUN B. / MÜLLER R. 2003: Auswirkungen von Vergütungsformen auf die Qualität der stationären Versorgung. Ergebnisse einer Längsschnittanalyse von GKV-Routinedaten und einer Patientenbefragung. GEK Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 26. St. Augustin: Asgard.

BROWN, L. D. / AMELUNG V. E. 1999: „Manacled“ Competition in the German Health Insurance Market, in: Health Affairs, May/June. 76-91.

BUNDESMINISTERIUM FÜR BILDUNG UND FORSCHUNG 2008: Versorgungsforschung – Ergebnisse der gemeinsamen Förderung durch das BMBF und die Spitzenverbände der gesetzlichen Kran-

kenkassen (2000–2008), Broschüre des BMBF, URL: http://www.bmbf.de/pub/versorgungsforschung.pdf.

BUSSE, R. 2005: Disease Management Programs in Germany's statutory health insurance system, in: Health Affairs, vol. 23, no. 3. 56-67.

BUSSE R. 2006: Methoden der Versorgungsforschung, in: HEY, M. / MASCHEWSKY-SCHNEIDER, U. (Hrsg.): Kursbuch Versorgungsforschung, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin. 244-252.

CORNELIUS, F. / OTTO, W. / AMELUNG, V. E. 2008: Markenbildung im Gesundheitswesen. Ärztepost 01/2008. 5-8.

CORTEKAR, J. / HUGENROTH, S. 2006: Managed Care als Reformoption für das deutsche Gesundheitswesen, Metropolis Verlag.

DAHM, J. 2005: Vertragsgestaltung bei Integrierter Versorgung am Beispiel „Prosper – Gesund im Verbund", Medizinrecht Heft 3. 121-126.

DIERKS, C. 2005: Integrierte Versorgung aus juristischer Sicht, ZaeFQ Vol. 100. 37-39.

DOLDERER, M. / GÜLDENSUPP, H. / AMELUNG, V. E. 2007: Das Projekt zur Integrierten Versorgung Endoprothetik Münster, in: WEATHERLY, J. N. / SEILER, R. / MEYER-LUTTERLOH, K. / SCHMID, E. / LÄGEL, R. / AMELUNG, V. E. (Hrsg.): Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren – Innovative Modelle der Praxis, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin. 73-80.

ENGELMANN, K. 2007: Filialbildung in der ambulanten Versorgung, ZaeFQ Vol. 99. 122-127.

EUROPÄISCHE KOMMISSION 2003: Statistiken zur Gesundheit Eckzahlen für den Bereich Gesundheit 2002 Daten 1970-2001, URL: http://www.eds-destatis.de/downloads/publ/de3_gesundheit.pdf, Zugriff 23.05.2009.

GOLD, M. ET AL. 1995: A National Survey of the Arrangements Managed Care Plans Make with Physicians, The New England Journal of Medicine, 333. 1678-1683.

GERSTE B. / GÜNSTER C. 2009: Gesundheitsdaten verknüpfen, Gesundheit und Gesellschaft, Magazin Versorgungsforschung, Ausgabe 3/09, 12. Jahrgang. 16-17.

GERSTE B. / GUTSCHMIDT S. 2006: Datenqualität von Diagnosedaten aus dem ambulanten Bereich – Kritische Anmerkungen am Beispiel Diabetes. Arbeit und Sozialpolitik: 3-4. 29-43.

GENSICHEN, J. ET AL 2006: Die Zukunft ist chronisch – Das chronic care modell in der deutschen Primärversorgung, Z Ärztl Fortb Qual, 100. 365-374.

GREß, S. / MANOUGUIAN, M. / WASEM, J. 2006: Lernen vom Nachbarn? Deutsche und niederländische Krankenversicherungsreform im Vergleich, Soziale Sicherheit 12/2006. 412-417.

GREß, S. / STEGMÜLLER, K. 2009: Gesetzliche Spielräume zur Entwicklung neuer Versorgungskonzepte – Eine systematische Analyse der einschlägigen Regelungen und deren Entwicklung, in: AMELUNG, V. E. / SYDOW, J. / WINDELER, A. (Hrsg.): Vernetzung im Gesundheitswesen – Wettbewerb und Kooperation, Kohlhammer. 91-103.

GROBE, TH. / DÖRNING, H. / SCHWARTZ, F.-W. 2003: GEK-Gesundheitsmonitor, Schwäbisch-Gmünd.

HENKE K.-D. / SCHREYÖGG, J. 2005: Towards sustainable healthcare systems – A comparative study, Europäische Schriften zu Staat und Wirtschaft, Band 15, 2. Aufl., Nomos, Genf.

HEY, M. / MASCHEWSKY-SCHNEIDER, U. (Hrsg.) 2006: Kursbuch Versorgungsforschung, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

HELLER, G. 2008: Zur Messung und Darstellung von medizinischer Ergebnisqualität mit administrativen Routinedaten in Deutschland, Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz (51). 1173-1182.

HELLER G. 2008: Auswirkungen der Einführung von Mindestmengen in der Behandlung von sehr untergewichtigen Früh- und Neugeborenen (VLBWs) – Eine Simulation mit Echtdaten, in: KLAUBER, J. / ROBRA, B.-P. / SCHELLSCHMIDT, H. (Hrsg.): Krankenhausreport 2008/2009, Schattauer, Stuttgart. 183-199.

HERZLINGER, R. 1998: Market Driven Health Care, Addison-Wesley.

INTEGRATED HEALTHCARE ASSOCIATION 2007: Advancing Quality Through Collaboration – The California Pay For Performance Program – A Report, USA, California, Oakland, URL: http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/063/1606339.pdf, Zugriff 27.05.09.

JANUS, K. / AMELUNG, V. E. 2005: Integrated Health Care Delivery Based on Transaction Cost Economics – Experiences from California.

JANUS, K. / AMELUNG, V. E. 2004: Integrierte Versorgungssysteme in Kalifornien – Erfolgs- und Misserfolgsfaktoren der ersten 10 Jahre und Impulse für Deutschland. Das Gesundheitswesen; 66 (10). 649-655.

JANUS, K. / AMELUNG, V. E. 2005: Integrated Health Care Delivery Based on Transaction Cost Economics – Experiences from California and Cross-National Implications, In: SAVAGE, G. / CHILINGERIAN, J. / POWELL, M.: Advances in Health Care Management Volume 5 – International Health Care Management, Elsevier Publications Bridgewater. 121-160.

JANUS, K. / AMELUNG, V. E. 2005: Integrierte Versorgung, In: STIERLE, G. (Hrsg.): Das neue Praxis-Handbuch für Ärzte, Band 2, Gruppe 3/G 240, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln. 1-28.

JANUS, K. / AMELUNG, V. E. 2007: Grenzen und Möglichkeiten eines „mehr oder weniger“ wettbewerblichen Systems – das amerikanische Gesundheitswesen auf dem Prüfstand, in: HELLMANN, W. (Hrsg.): Handbuch integrierte Versorgung, 9. Aktualisierung 02/2007, Economica Bonn. 1-29.

KAISER FAMILY FOUNDATION AND THE HEALTH RESEARCH AND EDUCATIONAL TRUST 2006: Employer Health Survey, annual survey – Market shares of health plans, Menlo Park/California.

KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG (KBV) 2009: MVZ-survey 2008 – die strategische Positionierung Medizinischer Versorgungszentren, URL: http://www.kbv.de/9157.html, Zugriff 26.05.2009.

KNIEPS, F. 2006: Perspektiven der integrierten Versorgung in Deutschland – Der Ordnungsrahmen der GKV und die Aufgabe der Integration aus Sicht der Politik, in: KLAUBER, J. / ROBRA, B.-P. / SCHELLSCHMIDT, H.: Krankenhaus-Report 2006, Stuttgart.

KNIEPS, F. 2005: Das Disease Management in Deutschland – Standortbestimmung und Perspektive, Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, Sonderheft 1, Juni 2005.

KONGVSTEDT, P. R. 2001: Compensation of primary care physicians in open panel plans, in: KONGVSTEDT, P. R. (ed.): The Managed Healthcare Handbook, Gaithersburg. 120-146.

KRAHE 2005: Ärztliche Kooperationsformen in den USA und Deutschland, Medizinrecht Heft 12. 691-696.

KÜHN, H. 1997: Managed Care, Discussion Paper Wissenschaftszentrum, Berlin.

LEHMANN, H. 2003: Managed Care. Kosten senken mit alternativen Versicherungsformen? Rüegger, Zürich.

MAAZ, A. / WINTER, M. H. / KUHLMEY, A. 2007: Der Wandel des Krankheitspanoramas und die Bedeutung chronischer Erkrankungen, In: BADURA, B. / SCHELLSCHMIDT, H. / VETTER, C. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2006 – Chronische Krankheiten, Springer, Heidelberg. 5-18.

MILLER, R. H. / HAROLD S. L. 1997: Does managed care lead to better or worse quality of care? in: Health Affairs, 16. Jg., Vol 5. 7-25.

MILLER, ROBERT H. / HAROLD S. L. 2002: HMO plan performance update – an analysis of the literature, 1997-2001, In: Health Affairs, 21. Jg., Vol 4. 63-86.

MURRAY, C.J.L. / LOPEZ, A.D. 1997: Alternative Projections of Mortality and Disability by Cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study, Lancet 349. 1498-1504.

NEUGEBAUER, E. A. M. / PFAFF, H. / SCHRAPPE, M. / GLAESKE, G. 2008: Versorgungsforschung – Konzept, Methoden und Herausforderungen, In: KIRCH, W. / BADURA, B. / PFAFF, H. (Hrsg.), Prävention und Versorgungsforschung, Springer, Heidelberg. 81-94.

OBERENDER, P. / ZERTH J. 2006: Wachstumsmarkt Gesundheit – Ansatzpunkte für ein modernes Gesundheitswesen, Urologe 45: 8/2006. 922–927.

OECD 2005: OECD-Gesundheitsbericht 2005: Statistik und Indikatoren für 30 Länder, WHO, Paris.

PFAFF, H. ET AL. 2003: Gesundheitsversorgung und Disease Management: Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung, Bern.

PFAFF, H. 2003: Versorgungsforschung – Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben, in: PFAFF, H. / SCHRAPPE, M. / LAUTERBACH, K. W. / ENGELMANN, U. / HALBER, M. (Hrsg.), Gesundheitsversorgung und Disease Managment: Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung, Huber, Bern. 13-23.

PFEIFFER-GERSCHEL, T. / SCHLEE, A. / HEGERL, U. 2006: Das Kompetenznetz „Depression, Suizidalität“, Medizinische Klinik 101. 505-508.

PORTER, M. / TEISBERG, E. 2006: Redefining Health Care – Creating Value-Based Competition on Results, Harvard Business School Press.

QUALITÄT UND EFFIZIENZ EG QUE 2008: Qualitätsbericht 2008 Partnerschaft und Vertrauen, URL: https://www.praxisnetznuernberg.de/images/data/Qualitaetsbericht_QuEeG_2008.pdf, Zugriff: 15.05.2009.

ROBINSON J. C. 2001: The End of Managed Care. JAMA 285(20). 2622-2628.

ROBINSON, J. C. / STEINER, A. 1998: Managed Health Care US Evidence and Lessons for the National Health Service, Open University Press, Buckingham.

SACHVERSTÄNDIGENRAT ZUR BEGUTACHTUNG DER ENTWICKLUNG IM GESUNDHEITSWESEN 2007: Gutachten 2007: Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung.

SANOFI AVENTIS 2006: Managed Care Digest Series – HMO-PPO Digest for 2006, Bridgewater/NJ.

SCHLETTE, S. / KNIEPS, F. / AMELUNG, V. E. (Hrsg.) 2005: Versorgungsmanagement für chronisch Kranke, KomPart, Berlin.

SCHMID, E. / WAMBACH V. 2007: Das Praxisnetz Nürnberg Nord e.V. und die Qualität und Effizienz – QuE eG, in: WEATHERLY, J. N. / SEILER, R. / MEYER-LUTTERLOH, K. / SCHMID, E. / LÄGEL, R. / AMELUNG, V. E.: Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren – Innovative Modelle der Praxis, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

SCHÖFFSKI, O. / SCHULENBURG, J.-M. GRAF VON DER (Hrsg.) 2007: Gesundheitsökonomische Evaluationen, 3. Auflage, Berlin.

SCHREYÖGG, J. / PLATE, A. / BUSSE, R. 2005: Identifizierung geeigneter Versichertengruppen für die integrierte Versorgung anhand von GKV-Routinedaten, In: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement, Jahrgang 10, Heft 06. 349-355.

SHORTELL, S.M. ET AL. 1996: Remarking Health Care in America, San Francisco.

STATISTISCHES BUNDESAMT 2006: Bevölkerung Deutschlands bis 2050, 11. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Statistisches Bundesamt – Pressestelle, Wiesbaden.

STOCK, S. / LÜNGEN, M. / LAUTERBACH K.W. 2006: Disease Management Programme im RSA – Hintergrund und Zukunftsperspektiven, in: HEY, M. / MASCHEWSKY-SCHNEIDER, U. (Hrsg.): Kursbuch Versorgungsforschung, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

STOCK J. / SZESCSENYI J. (Hrsg.) 2007: Stichwort Qualitätsindikatoren, KomPart, Berlin.

STÖßEL, U. / SIEGEL, A. 2009: Die Evaluations-Koordinierungsstelle Integrierte Versorgung (EKIV) für das gesunde Kinzigtal: Rundbrief 1/2009, URL: www.gesundeskinzigtal.de/images/stories/Forschung/ekiv_-_vorstellung.pdf, 14 S.

STRAUB, C. 2007: Medizinische Zentren – Anforderungen aus Sicht der GKV, ZaeFQ Vol. 101. 147–152.

SCHUBERT I. / KÖSTER I. /·KÜPPER-NYBELEN J. /·IHLE P. 2008: Versorgungsforschung mit GKV-Routinedaten Nutzungsmöglichkeiten versichertenbezogener Krankenkassendaten für Fragestellungen der Versorgungsforschung, Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz (51). 1095-1105.

SCHULENBURG, J.-M. GRAF VON DER / GREINER, W. / JOST, F. / KLUSEN, N. / KUBIN, M. / LEIDL, R. / MITTENDORF, T. / REBSCHER, H. / SCHÖFFSKI, O. / VAUTH, C. / VOLMER, T. / WAHLER, S. / WASEM, J. / WEBER, C. 2007: Deutsche Empfehlungen zur gesundheitsökonomischen Evaluation – dritte und aktualisierte Fassung des Hannoveraner Konsens, in: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement, Jahrgang 12, Heft 05. 285-290.

SCHULENBURG, J.-M. GRAF VON DER / GREINER, W. 2007: Gesundheitsökonomik, 2. Auflage, Tübingen.

SCHULZE S. / SCHWINGER A. 2008: Verfahren zur Bereinigung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung, Gesundheits- und Sozialpolitik, Nomos, 1/2008. 34-45.

STATISTIK DER DEUTSCHEN RENTENVERSICHERUNG 2008: Rentenversicherung in Zahlen 2008, Stand 13.06.2008, URL: http://www.deutsche-rentenversicherung.de, Zugriff: 22.05.2009.

SULLIVAN K. 2000: On the ‚Efficiency' of Managed Care Plans. Health Affairs July/August. 139-148.

VERA, A. 2006: Strategische Allianzen im deutschen Krankenhauswesen – Ein empirischer Vergleich von horizontalen und vertikalen Kooperation, Zeitschrift für Betriebswirtschaft, 9/2006. 835-865.

SWART, E. / IHLE, P. 2008: Der Nutzen von GKV-Routinedaten für die Versorgungsforschung, Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz (51). 1093-1094.

SCHWARTZ, F.W. / BUSSE, R. 2003: Denken in Zusammenhängen: Gesundheitssystemforschung, in: SCHWARTZ, F.W. / BADURA, B. / BUSSE, R. ET AL. (Hrsg.): Public Health Buch. Urban & Fischer Verlag, München, Jena. 518-545.

VON SCHWANENFLÜGEL, M. 2006: Moderne Versorgungsformen im Gesundheitswesen – Förderung von Qualität und Effizienz, Neue Zeitschrift für Sozialrecht 6/2006. 285-291.

WEATHERLY, J. N. / SEILER, R. / MEYER-LUTTERLOH, K. / SCHMID, E. / LÄGEL, R. / AMELUNG, V. E. 2007: Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren – Innovative Modelle der Praxis, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

WORLD HEALTH ORGANIZATION WHO 2001: The world health report 2001, Mental health: new understanding new hope, URL: www.who.int, Zugriff 15.05.2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION WHO 2006: Highlights on Health in Germany 2004, URL: http://www.euro.who.int/highlights, Zugriff 15.05.2009.

ZIPPAN, N. 2009: Evaluation der Integrierten Versorgung – Theoretische Überlegungen und Handlungsansätze, Diplomarbeit am Lehrstuhl Prof. K.D. Henke, Technische Universität Berlin, unveröffentlicht.

Autoren

Univ.-Prof. Dr. oec. Volker E. Amelung, Professor für Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover und Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes Managed Care sowie geschäftsführender Gesellschafter der College M Deutschland GmbH. Volker Amelung, Jahrgang 1965, studierte an den Hochschulen St. Gallen und Universität Paris Dauphine Betriebswirtschaftlehre. Nach der Promotion arbeitet er an der Hochschule für Wirtschaft und Politik in Hamburg und war über mehrere Jahre Gastwissenschaftler an der Columbia University in New York. Prof. Amelung ist als Berater für internationale und nationale Unternehmen im Gesundheitswesen tätig. Seine Schwerpunkte sind Managed Care und Integrierte Versorgung.

Christoph Wagner, Jahrgang 1979, 2003 Diplom-Musiktherapeut (FH Heidelberg) 2008 Diplom-Betriebswirt (Universität Heidelberg, TU Berlin) Schwerpunkte: Gesundheitsmanagement, Controlling, Datenanalyse Praktikum bei Action Planning Consultants, London (NPO) Spezialisierung auf neue Versorgungsformen als wissenschaftliche Hilfskraft an der MHH (Prof. Amelung) und der TU Berlin (Prof. Gemünden) Berufserfahrung: WidO, Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Routinedatenanalyse Freiberufliche Tätigkeit, Publikationen zu Managed Care.

Utz Krahmer / Marie-Luise Schiffer-Werneburg

9 Die neue Pflegeberatung nach § 7a SGB XI. Fallmanagement nach der Novelle zur Pflegeversicherung[1]

9.1 Einleitung

Die neue Vorschrift des § 7a SGB XI[2] formuliert einen einklagbaren, individuellen Rechtsanspruch auf umfassende Beratung und Hilfestellung (Pflegeberatung) für alle Personen, die Leistungen von der Pflegeversicherung erhalten oder die Leistungen beantragt und erkennbar einen Hilfe- und Beratungsbedarf haben. Der Pflegeberatung soll zukünftig eine zentrale Rolle im Versorgungsmanagement des Einzelfalles zukommen. Die Leistungsberechtigten sind nicht verpflichtet, Pflegeberatung in Anspruch zu nehmen, sie können darauf auch verzichten; die Inanspruchnahme ist also freiwillig.

Die Pflegeberatung im Sinne von § 7a SGB XI ist als individuelles Fall- bzw. Case-Management (Klie / Monzer 2008; Neumann 2007; Neuffer 2007) angelegt, das über die allgemeinen Aufklärungs- und Beratungspflichten der Pflegekassen nach § 7 SGB XI hinausgeht (s. Abschn. 9.10). Sie richtet sich direkt an die Leistungsberechtigten und nicht zu allererst an die Angehörigen und Ehegatten oder Lebenspartner, die aber auf Wunsch einbezogen werden können (Abs. 2 Satz 1). Zu den Aufgaben der Pflegeberatung gehören nicht nur die Erfassung und Analyse des Hilfebedarfs unter Berücksichtigung der Feststellungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (Abs. 1 Satz 2 Nr. 1), sondern auch die Erstellung eines individuellen Versorgungsplans (Abs. 1 Satz 2 Nr. 2), die Unterstützung bei der Durchführung des Versorgungsplans (Abs. 1 Satz 2 Nr. 3), die Überwachung und Anpassung des Versorgungsplans (Abs. 1 Satz 2 Nr. 4) und bei komplexen Hilfebedarfen die Auswertung und Dokumentation des Hilfeprozesses (Abs. 1 Satz 2 Nr. 5). Mit der Pflegeberatung soll den Anspruchsberechtigten eine individuelle Begleitung zur Verfügung gestellt werden, um ihnen bei der Inanspruchnahme und der Koordinierung der notwendigen Leistungen aus den unterschiedlichen Leistungssystemen z.B. für gesundheitsfördernde, kurative, rehabilitative, sonstige medizinische, pflegerische und soziale Hilfe- und Unterstützungsangebote zu helfen. Nach Abs. 1 Satz 10 ist immer sicherzustellen, dass die Pflegeberatung unabhängig erfolgt und da, wo nach Entscheidung eine Landesregierung Pflegestützpunkte i.S.v. § 92c SGB XI errichtet werden, jeweils auch Pflegeberatung angeboten wird.

---

1 Der Beitrag ist ursprünglich erschienen in: Sozialrecht aktuell 2008, Heft 4, 127-141. Die Allgemeinverfügung des Sozialministeriums NRW nach § 92c Abs. 1 Satz 1 SGB XI (s. S. 224 f.) sowie die Rahmenvereinbarung NRW gemäß § 92c Abs. 8 SGB XI (s. S. 228 ff.) werden hier wegen ihrer Bedeutung für das Fallmanagement nach § 7a SGB XI zusätzlich abgedruckt.

2 SGB = Sozialgesetzbuch.

Die Pflegeberatung ist weiter befugt, Anträge für alle Leistungsträger des Fünften und Elften Buches des Sozialgesetzbuches entgegenzunehmen und kann auf Wunsch in dem Wohnumfeld des Leistungsberechtigten erfolgen; die entgegengenommen Anträge sind unverzüglich an den zuständigen Leistungsträger weiterzuleiten (Abs. 2). Damit die Pflegeberatung die ihr zugewiesenen Aufgaben erfüllen kann, sind die Pflegekassen verpflichtet, so viele PflegeberaterInnen vorzuhalten, dass die Aufgabe zeitnah und umfassend wahrgenommen werden können (Abs. 3).

Zur erforderlichen Qualifikation und Anzahl der PflegeberaterInnen hat der Spitzenverband Bund der Pflegekassen innerhalb der von Abs. 3 Satz 3 gesetzten Frist eine Empfehlung abgeben. Als Berufsausbildung der BeraterInnen wird eine Ausbildung als Pflegefachkraft, Sozialversicherungsfachangestellte/r oder als SozialarbeiterIn gesetzlich vorgeschrieben, die durch eine Zusatzqualifikation zu ergänzen ist. Die Qualifikationsanforderungen müssen bis spätestens zum 30. Juni 2011 erfüllt sein. Die Pflegekassen im Land sind darüber hinaus verpflichtet, eine ausreichende Anzahl von PflegeberaterInnen in den Pflegestützpunkten zur Verfügung zu stellen und darüber Vereinbarungen zu treffen (Abs. 4). Sie können die Aufgaben zur Durchführung der Pflegeberatung in den Pflegestützpunkten auch auf andere Leistungsträger oder deren Verbände nach Maßgabe des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch übertragen. Die Kosten der Pflegeberatung werden je zur Hälfte aus dem Leistungshaushalt und der Verwaltungskostenpauschale der Pflegekassen gedeckt. Davon unberührt bleibt die Möglichkeit der Aufgabenübertragung auf Dritte nach Absatz 1. Zur Pflegeberatung sollen alle gesetzlichen Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, verpflichtet sein (Abs. 5). Die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen oder auch nur die privaten Versicherungsunternehmen können zur Durchführung der Pflegeberatung zusammenarbeiten und Vereinbarungen schließen. Aufgrund der komplexen Aufgabe, die die Pflegeberatung erfüllen soll, ist eine Regelung zur Datenerhebung getroffen worden (Abs. 6). Zur Erhebung von Sozialdaten im Zusammenhang mit der Pflegeberatung sind neben den PflegeberaterInnen insbesondere die Leistungsträger für die örtliche Altenhilfe und Hilfe zur Pflege, die Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung, die Pflegeeinrichtungen und Einzelpersonen nach § 77 SGB XI, die Mitglieder von Selbsthilfegruppen und ehrenamtlich tätige Personen oder Organisationen sowie die Agenturen für Arbeit und die Träger der Grundsicherung für Arbeitssuchende zu nennen. Um die Wirksamkeit der Pflegeberatung zu prüfen, wurde dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen aufgegeben, dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2011 einen unter wissenschaftlicher Begleitung erstellten Bericht vorzulegen, die durch Mittel aus dem Ausgleichsfonds nach § 8 Abs. 3 SGB XI finanziert werden können (Abs. 7).

Die Vorschrift wurde mit dem Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (PfWG[3]) eingeführt. Bereits im Referentenentwurf des PfWG mit Stand vom 10. September 2007 war die Einführung eines individuellen Fallmanagements unter der Überschrift „Pflegebegleitung“ vorgesehen. Der RegE vom 7. Dezember 2008 (BT-Drs. 16/7439[4]) sah erstmals eine Pflegeberatung in der jetzt vorliegenden Form vor und bildet die Grundlage für den verabschiedeten Gesetzestext. Nach der Stellungnahme des Bundesrats und den Anhörungen im

3 PfWG = Pflege-Weiterentwicklungsgesetz.

4 BT-Drs. = Bundestags-Drucksache.

Gesetzestext: § 7a SGB XI Pflegeberatung

1) Personen, die Leistungen nach diesem Buch erhalten, haben ab dem 1. Januar 2009 Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch einen Pflegeberater oder eine Pflegeberaterin bei der Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs-, oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind (Pflegeberatung). Aufgabe der Pflegeberatung ist insbesondere,
   1. den Hilfebedarf unter Berücksichtigung der Feststellungen der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung systematisch zu erfassen und zu analysieren,
   2. einen individuellen Versorgungsplan mit den im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen zu erstellen,
   3. auf die für die Durchführung des Versorgungsplans erforderlichen Maßnahmen einschließlich deren Genehmigung durch den jeweiligen Leistungsträger hinzuwirken,
   4. die Durchführung des Versorgungsplans zu überwachen und erforderlichenfalls einer veränderten Bedarfslage anzupassen sowie
   5. bei besonders komplexen Fallgestaltungen den Hilfeprozess auszuwerten und zu dokumentieren.

   Der Versorgungsplan beinhaltet insbesondere Empfehlungen zu den im Einzelfall erforderlichen Maßnahmen nach Satz 2 Nr. 3, Hinweise zu dem dazu vorhandenen örtlichen Leistungsangebot sowie zur Überprüfung und Anpassung der empfohlenen Maßnahmen. Bei Erstellung und Umsetzung des Versorgungsplans ist Einvernehmen mit dem Hilfesuchendenden und allen an der Pflege, Versorgung und Betreuung Beteiligten anzustreben. Soweit Leistungen nach sonstigen bundes- oder landesrechtlichen Vorschriften erforderlich sind, sind die zuständigen Leistungsträger frühzeitig mit dem Ziel der Abstimmung einzubeziehen. Eine enge Zusammenarbeit mit anderen Koordinierungsstellen, insbesondere den gemeinsamen Servicestellen nach § 23 des Neunten Buches, ist sicherzustellen. Ihnen obliegende Aufgaben der Pflegeberatung können die Pflegekassen ganz oder teilweise auf Dritte übertragen; § 80 des Zehnten Buches bleibt unberührt. Ein Anspruch auf Pflegeberatung besteht auch dann, wenn ein Antrag auf Leistungen nach diesem Buch gestellt wurde und erkennbar ein Hilfe- und Beratungsbedarf besteht. Vor dem 1. Januar 2009 kann Pflegeberatung gewährt werden, wenn und soweit eine Pflegekasse eine entsprechende Struktur aufgebaut hat. Es ist sicherzustellen, dass im jeweiligen Pflegestützpunkt nach § 92c Pflegeberatung im Sinn dieser Vorschrift in Anspruch genommen werden kann und die Unabhängigkeit der Beratung gewährleistet ist.
2) Auf Wunsch erfolgt die Pflegeberatung unter Einbeziehung von Dritten, insbesondere Angehörigen und Lebenspartnern, und in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der der Anspruchsberechtigte lebt. Ein Versicherter kann einen Leistungsantrag nach diesem oder dem Fünften Buch auch gegenüber dem Pflegeberater oder der Pflegeberaterin stellen. Der Antrag ist unverzüglich der zuständigen Pflege- oder Krankenkasse zu übermitteln, die den Leistungsbescheid unverzüglich dem Antragsteller und zeitgleich dem Pflegeberater oder der Pflegeberaterin zuleitet.
3) Die Anzahl der von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen ist so zu bemessen, dass die Aufgaben nach Absatz 1 im Interesse der Hilfesuchenden zeitnah und umfassend wahrgenommen werden können. Die Pflegekassen setzen für die persönliche Beratung und Betreuung durch Pflegeberater und Pflegeberaterinnen entsprechend qualifiziertes Personal ein, insbesondere Pflegefachkräfte, Sozialversicherungsfachangestellte oder Sozialarbeiter mit der jeweils erforderlichen Zusatzqualifikation. Zur erforderlichen Anzahl und Qualifikation von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen gibt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bis zum 31. August 2008 Empfehlungen ab. Die Qualifikationsanforderungen nach Satz 2 müssen spätestens zum 30 Juni 2011 erfüllt sein.
4) Die Pflegekassen im Land haben Pflegeberater und Pflegeberaterinnen zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen Aufgabenwahrnehmung in den Pflegestützpunkten nach Anzahl und örtlicher Zuständigkeit aufeinander abgestimmt bereitzustellen und hierüber einheitlich und gemeinsam Vereinbarungen bis um 31. Oktober 2008 zu treffen. Die Pflegekassen können diese Aufgabe auf die Landesverbände der Pflegekassen übertragen. Kommt eine Einigung bis zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt nicht zustande, haben die Landesverbände der Pflegekassen innerhalb eines Monats zu entscheiden; § 81 Abs. 1 Satz 2 gilt entsprechend. Die Pflegekassen und die gesetzlichen Krankenkassen können zur Aufgabewahrnehmung durch Pflegeberater und Pflegeberaterinnen von der Möglichkeit der Beauftragung nach Maßgabe der §§ 88 bis 92des Zehnten Buches Gebrauch machen. Die durch die Tätigkeit von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen entstehenden Aufwendungen werden von den Pflegekassen getragen und zur Hälfte auf die Verwaltungskostenpauschale nach § 46 Abs. 3 Satz 1 angerechnet.
5) Zur Durchführung der Pflegeberatung können die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, Pflegeberater und Pflegeberaterinnen der Pflegekassen für die bei ihnen versicherten Personen nutzen. Dies setzt eine vertragliche Vereinbarung mit den Pflegekassen über Art, Inhalt und Umfang der Inanspruchnahme soweit über die Vergütung der hierfür je Fall entstehenden Aufwendungen voraus. Soweit Vereinbarungen mit den Pflegekassen nicht zustande kommen, können die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen,

> untereinander Vereinbarungen über eine abgestimmte Bereitstellung von Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen treffen.
>
> 6) Pflegeberater und Pflegeberaterinnen sowie sonstige mit der Wahrnehmung von Aufgabe nach Absatz 1 befasste Stellen, insbesondere
> 1. nach Landesrecht für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe und für die Gewährung der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch zu bestimmende Stellen,
> 2. Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung,
> 3. Pflegeeinrichtungen und Einzelpersonen nach § 77
> 4. Mitglieder von Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereite Personen und Organisationen sowie
> 5. Agenturen für Arbeit und Träger der Grundsicherung für Arbeitssuchende,
>
> dürfen Sozialdaten für Zwecke der Pflegeberatung und der Pflegestützpunkte nach § 92c nur erheben, verarbeiten und nutzen, soweit dies zur Erfüllung der Aufgaben nach diesem Buch erforderlich oder durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuches oder Regelungen des Versicherungsvertrags- oder des Versicherungsaufsichtsgesetzes angeordnet oder erlaubt ist.
>
> 7) Über die Erfahrungen mit der Pflegeberatung legt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2011 einen unter wissenschaftlicher Begleitung zu erstellenden Bericht vor. Er kann hierzu Mittel nach § 8 Abs. 3 einsetzen.

Gesundheitsausschuss des Bundestages wurden einige Änderungen vorgenommen, auf die hier aus Platzgründen nicht im Einzelnen eingegangen wird (s. Schiffer-Werneburg in LPK-SGB XI, § 7a Rz 3; zu den Gesetzesmaterialien, s. dort Rz 4).

9.2 Einführung eines individuellen Fallmanagements

Ziel der Vorschrift ist die Einführung eines individuellen Fallmanagements in der Pflege. Der Gesetzgeber reagiert mit der Einführung der Pflegeberatung auf die Empfehlungen der Arbeitsgruppe I des Runden Tisches zur Pflege. Zukünftig soll nicht nur der nach § 7 SGB XI zu erfüllende Aufklärungs- und Beratungsbedarf Leistungsberechtigter und ihrer Angehöriger gedeckt, sondern auch Hilfe und Unterstützung bei der Auswahl, Inanspruchnahme und Koordination von Unterstützungsangeboten für die Leistungsberechtigten zur Verfügung gestellt werden (zur Abgrenzung zwischen der Beratung nach § 7 SGB XI und der Pflegeberatung nach 7a SGB XI s. Abschn. 9.10). Die Pflegeberatung soll als Sachwalter der Interessen der Betroffenen fungieren und den konkreten Hilfebedarf im Einzelfall feststellen, bei der Klärung sozialrechtlicher Ansprüche helfen und die Abstimmung zwischen den beteiligten Stellen koordinieren. Mit allen an der Versorgung beteiligten Stellen soll ein auf die individuellen Bedürfnisse des Einzelnen zugeschnittenes Unterstützungsangebot entwickelt und dessen Inanspruchnahme begleitet werden. Die Pflegeberatung ist ferner für die Überprüfung und Anpassung des Unterstützungsangebotes verantwortlich, um auch nach der Leistungsbewilligung eine angemessene Begleitung sicherzustellen und Anpassungen vorzunehmen. Ferner soll die Pflegeberatung auch Leistungsanträge der Berechtigten für Leistungen nach dem Fünften und Elften Buch Sozialgesetzbuch entgegennehmen, unverzüglich weiterleiten und selbst neben dem Leistungsberechtigten den dann erfolgenden Leistungsbescheid zugeleitet bekommen, um zu gewährleisten, dass sie als individuelles Fallmanagement rechtzeitig alle notwendigen Informationen erhält. Die Pflegeberatung soll dagegen nicht die so genannte Alltagsbegleitung ersetzen, die im Zusammenhang mit der hauswirtschaftlichen Versorgung und sozialen Betreuung im Rahmen der Pflegesach-

leistung nach § 36 SGB XI erbracht wird (Begr. des RegE[5], s. BT-Drs. 16/7439 S. 46). Ebenfalls kann und soll die Pflegeberatung in der Regel nicht die Leistungsentscheidungen treffen, sondern lediglich auf die erforderlichen Maßnahmen einschließlich deren Genehmigung durch den jeweiligen Leistungsträger hinwirken.

Ziel der Vorschrift ist es ferner, die individuelle Beratung mit sich ggf. entwickelnden Infrastrukturen für eine verbesserte Zusammenarbeit der Kostenträger zu verbinden. Es wurde vom Gesetzgeber nicht nur der Anspruch auf individuelles Fallmanagement in das Gesetz aufgenommen. Zudem wurde die Möglichkeit geschaffen, dass die Pflege- und Krankenkassen auf Wunsch der Bundesländer Pflegestützpunkte zur Entwicklung einer vernetzten Infrastruktur errichten und die Pflegeberatung dort einzubeziehen ist (§ 92c SGB XI). Damit wurde auf die in der Fachwelt in allen Sozialleistungsbereichen geführten Diskussionen reagiert, dass die Zusammenarbeit unterschiedlicher Kostenträger und die Koordination der einzelnen Leistungen im Interesse der Leistungsberechtigten verbesserungsbedürftig ist. Während bisher in den unterschiedlichen Büchern des Sozialgesetzbuches in einzelnen Vorschriften in der Regel allgemein gehaltene oder fallbezogene Aufforderungen zur Zusammenarbeit an die Kostenträger enthalten sind, wird mit der Pflegeberatung vom Gesetzgeber erstmals (von § 7 SGB XI abgesehen, s. dazu Abschn. 9.10). der Versuch gestartet, dem Auftrag zur Zusammenarbeit verschiedener Kostenträger und der Vernetzung bestehender Leistungsangebote durch die Verbindung mit einem individuellen Beratungsanspruch und der damit verbundenen Möglichkeit zur individuellen Steuerung der Hilfen durch die Pflegeberatung mehr Geltung zu verschaffen. Damit soll gleichzeitig den Interessen des Leistungsberechtigten wie der Kostenträger Rechnung getragen werden. Der Leistungsberechtigte erhält das Angebot einer kompetenten Beratung und Unterstützung für eine umfassende – nämlich über die Pflegeleistungen hinausgehende – Versorgung. Die Pflegeberatung bekommt Einblick in die individuelle Situation des Leistungsberechtigten und kann auf die Ausgestaltung und Zusammenstellung der notwendigen Leistungen Einfluss nehmen.

9.3 Zum Leistungsumfang und zur Aufgabe der Pflegeberatung nach Abs. 1 Satz 1

Der Anspruch auf Pflegeberatung umfasst die individuelle Beratung und Hilfestellung durch eine/n PflegeberaterIn bei der Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind. Nach dem Gesetzeswortlaut handelt es sich dabei um einen umfassenden Beratungsanspruch, der durch die in Abs. 1 Satz 2 folgende Auflistung näher beschrieben wird. Wesentlicher Bestandteil der Leistung ist die Erstellung eines Versorgungsplans als Ergebnis der Beratung und Grundlage der weiteren Hilfestellung (s. Abschn. 9.4 und 9.5).Der Leistungsumfang der Pflegeberatung wird allgemein in Satz 1 beschrieben. Unter Beratung ist generell die erschöpfende Orientierung über Mittel und Wege zur Erreichung eines Zieles zu verstehen, das entweder von den Ratsuchenden angegeben oder für sie oder zusammen mit ihnen mit Hilfe der Identifizierung von

[5] Begr. des RegE = Begründung des Regierungsentwurfes.

Seiten des Beratenden ermittelt worden ist (vgl. Krahmer in LPK-SGB XI[6], § 7 Rz 9 unter Hinweis auf Giese in Dahlem et al. § 11 HeimG a. F. Rn. 4[7]). Hilfestellung durch die Pflegeberatung bedeutet die Unterstützung der Ratsuchenden bei der Umsetzung der identifizierten Mittel und Wege. Eine solche Unterstützung kann z.B. in dem Ausfüllen und Einreichen von Anträgen und im Führen des dazu erforderlichen Schriftverkehrs sowie in der Zusammenstellung notwendiger Unterlagen bestehen. Auch Behördengänge können ggf. von der Pflegeberatung unter dem Gesichtspunkt der Hilfestellung zu übernehmen sein, soweit damit keine höchstpersönlichen Angelegenheiten verbunden sind. Die Entscheidung zur Wahl bzw. Inanspruchnahme der möglichen Leistungen des Leistungsberechtigten kann nicht ersetzt werden. Die Leistungsberechtigten bleiben auch im Falle der Pflegeberatung berechtigt, über die Wahl und Inanspruchnahme einer Leistung zu entscheiden. Der Anspruch auf Beratung und Hilfestellung bezieht sich auf die mögliche Auswahl und Inanspruchnahme von Sozialleistungen im weiteren Sinn. Beratung und Hilfestellung bei der Auswahl von Sozialleistungen bedeutet dabei, dass die Pflegeberatung verpflichtet ist, umfassend über regional und überregional vorhandene Angebote zu informieren um den Leistungsberechtigten Wahlmöglichkeiten zu eröffnen. Die Information muss auch Hinweise auf besondere Leistungen einzelner Angebote erhalten, die in der individuellen Situation der Leistungsberechtigten besonders wünschenswert sind oder von ihnen gewünscht werden. Gegebenenfalls sind konkrete Angebote bei potenziellen Leistungserbringern abzufragen und Vorstellungsgespräche zu ermöglichen, um den Leistungsberechtigten bei der Auswahlentscheidung zu unterstützen. Die Auswahlentscheidung treffen die Leistungsberechtigten aber weiterhin immer selbst. Sind die Leistungsberechtigten aufgrund ihrer persönlichen Situation nicht dazu in der Lage, die notwendigen Entscheidungen zu treffen, werden die Entscheidungen nicht von der Pflegeberatung, sondern von den jeweils bestellten Betreuern getroffen. Die Beratung und Hilfestellung bei der Inanspruchnahme von Sozialleistungen kann sich auf die Herstellung des Kontakts zu potenziellen Leistungserbringern ebenso beziehen, wie auf das Ausfüllen und Vorbereiten notwendiger Anträge gegenüber den Kosten- und Leistungsträgern oder ggf. auch gegenüber den Leistungserbringern. Unter Inanspruchnahme versteht man dabei die Geltendmachung und die tatsächliche Inempfangnahme der Leistung.

Die Beratung und Hilfestellung bei der Auswahl und Inanspruchnahme richtet sich nicht nur auf die Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch, sondern darüber hinaus auch auf alle denkbaren ergänzenden Leistungen anderer Bücher des Sozialgesetzbuches, landesrechtlicher Regelungen und sonstiger ehrenamtlicher oder professioneller Unterstützungsangebote, die auf Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind. Im Unterschied zur ebenfalls umfassenden Beratungspflicht nach § 7 SGB XI (s. Krahmer in LPK-SGB XI, § 7 Rz 9) liegt der Schwerpunkt hier auf der Hilfestellung bei der Klärung der Hilfen und ihrer Umsetzung; es geht aber auch um praktische persönliche Hilfe. Alles, was im Einzelfall die Situation des Leistungsberechtigten verbessert, um ein individuell selbstbestimmtes Leben zu führen, ist bei der Beratung und Hilfestellung zu berücksichtigen und darüber zu informieren. Besonders ist dabei zu berücksichtigen, dass es nicht nur um die Abdeckung pflegerischer Bedarfe geht, für die einzelne Sozialleistungen zur Verfügung stehen, sondern auch um die Be-

---

[6] LPK-SGB XI = Lehr- und Praxiskommentar Sozialgesetzbuch Elftes Buch. Soziale Pflegeversicherung.

[7] HeimG = Heimgesetz; a. F. = alte Fassung.

friedigung von Versorgungs- und Betreuungsbedarfen, denen ggf. kein Sozialleistungsanspruch gegenüber steht. Die Pflegeberatung muss daher über die pflegerischen Leistungen hinaus über Versorgungs- und Betreuungsangebote informieren und die Inanspruchnahme ermöglichen. Wegen der Folgen möglicher Fehler bei der Beratung wird auf die Ausführungen zum Versorgungsplan (s. Abschn. 9.4 und 9.5) verwiesen.

In Satz 2 wird im Einzelnen aufgeführt, welche Leistungen die Pflegeberatung mindestens erbringen muss. Die Auflistung dient laut Begründung des RegE der Systematisierung der Aufgaben (BT-Drs. 16/7439, S. 46). Zu den aufgelisteten Leistungsbestandteilen gehören die Hilfebedarfsfeststellung, die Erstellung eines individuellen Versorgungsplans, die Hinwirkung auf die Durchführung des Versorgungsplans, die Überwachung der Einhaltung des Versorgungsplans und seine Anpassung und die Auswertung und Dokumentation.

Der Pflegeberatung wird aufgegeben, den Hilfebedarf unter Berücksichtigung der Feststellungen der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung systematisch zu erfassen und zu analysieren (Abs. 1 Satz 2 Nr. 1). Die Hilfebedarfsfeststellung ist nach der Gesetzesbegründung ein Aufgabenschwerpunkt der Pflegeberatung. Sie ist im Übrigen die Voraussetzung dafür, passgenaue Hilfen organisieren zu können. Die Hilfebedarfsfeststellung ist daher der Dreh- und Angelpunkt für eine erfolgreiche Versorgung Pflegebedürftiger. Einheitliche Instrumente zur Hilfebedarfsfeststellung liegen bisher weder für die Pflege noch für die Behindertenhilfe vor. Die von den Pflegekassen in Auftrag gegebene wissenschaftliche Erarbeitung eines einheitlichen Pflegebedürftigkeitsbegriffs dient zunächst der Klärung der Pflegebedürftigkeit, nicht aber der Entwicklung eines einheitlichen Verfahrens zur Feststellung des individuellen Hilfebedarfs, um darauf die Leistungsgestaltung aufzubauen. Auch die in § 15 SGB XI festgelegten Stufen der Pflegebedürftigkeit dienen eher der Kategorisierung des Bedarfs als seiner Feststellung. Der nunmehr vorliegende Gesetzeswortlaut lässt den Weg zur Feststellung des Hilfebedarfs ebenfalls offen. Er gibt jedoch einige wesentliche Anhaltspunkte dafür, was bei der Feststellung des Hilfebedarfs zu berücksichtigen ist. Zunächst verweist der Gesetzestext auf die Feststellungen der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen. Das Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen enthält in der Regel alle notwendigen Aussagen zu den Feststellungen der Pflegebedürftigkeit und der Einstufung. Der Auftrag des Gesetzgebers an die Pflegeberatung geht aber über die Feststellung der Pflegebedürftigkeit hinaus. Es ist nicht nur der pflegerische, sondern auch der Bedarf an Versorgungs- und Betreuungsleistungen festzustellen. Zu den Versorgungsleistungen gehören z.B. die Sicherstellung der hauswirtschaftlichen Versorgung wie Einkäufe und Bewirtschaftung der Wohnung (vgl. BT-Drs. 16/7439, S. 46), soweit sie nicht ohnehin zur Pflegebedürftigkeit i.S.v. §§ 14, 15 SGB XI gehören. Der Betreuungsbedarf erfasst z.B. die Sicherstellung von Teilhabe am gesellschaftlichen und kulturellen Leben und im Falle von demenzerkrankten Personen ggf. auch regelmäßige Besuche und Anwesenheitszeiten bei dem Leistungsberechtigten. Weiteren Aufschluss zu den zu erhebenden Bedarfen gibt Nr. 2: Da der Versorgungsplan Aussagen zu den im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen enthalten soll, müssen diese möglichen Hilfen bereits bei der Bedarfsfeststellung erhoben werden. Der Blick der Pflegeberatung muss daher über die Pflegebedürftigkeit hinaus auf die gesamte Bedarfs- und Lebenssituation des Leistungsberechtigten gehen. Für die Pflegeberatung reicht es zudem nicht aus, den Hilfebedarf festzustellen. Vielmehr muss die Pflegeberatung den Hilfe-

bedarf systematisch erfassen und analysieren. Verlangt wird damit eine strukturierte Hilfebedarfserhebung, die die Bedarfe geordnet und in sich schlüssig und nachvollziehbar zusammenstellt. Auf der Grundlage der Erfassung sind die Bedarfe zu analysieren, also auszuwerten und auf die Bedarfsdeckung und ggf. mögliche Kostenträger hin zu ordnen. Es wird sich in der Praxis zeigen, ob die Pflegeberatung ohne die Hinweise auf konkrete Erhebungs-, Erfassungs- und Analyseinstrumentarien in der Lage sein wird, bundesweit ein einheitliches, qualitatives Beratungssystem aufzubauen.

9.4 Der Versorgungsplan (Abs. 1 Satz 2 Nr. 2)

Auf der Grundlage der Bedarfserhebung ist als weitere Aufgabe der Pflegeberatung nach Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 ein individueller Versorgungsplan mit den im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen zu erstellen. Der Versorgungsplan soll nach Satz 3 zudem Empfehlungen zu den im Einzelfall erforderlichen Maßnahmen i.S.v. Satz 2 Nr. 3 und außerdem Hinweise zu dem dazu vorhandenen örtlichen Leistungsangebot sowie zur Überprüfung und Anpassung der empfohlenen Maßnahmen beinhalten.

Die Pflegeberatung wird im Verlauf der Erstellung des Versorgungsplans verpflichtet, ihre Rückschlüsse aus der Hilfebedarfsfeststellung für den notwendigen Leistungsumfang systematisch niederzulegen. Dabei hat der Gesetzgeber der Pflegeberatung aufgegeben, zu welchen Leistungsbereichen im Versorgungsplan mindestens– und seien es negative – Aussagen zu treffen sind. Aufgezählt sind (nochmals) die Sozialleistungen, alle möglichen medizinischen Leistungen sowie pflegerische und soziale Hilfen. Die Aufzählung der erforderlichen Hilfen und Leistungen reicht aber für die Erstellung des Versorgungsplans nicht aus. Darüber hinaus müssen neben Empfehlungen zu den erforderlichen Maßnahmen auch Hinweise zu dem dazu vorhandenen örtlichen Leistungsangebot gegeben werden. Die Pflegeberatung wird damit in die Pflicht genommen, es nicht bei abstrakten Empfehlungen zu belassen, denen ggf. kein Leistungsangebot auf örtlicher Ebene gegenüber steht. Vielmehr muss sie das vorhandene Leistungsangebot mit in ihre Überlegungen einbeziehen und im Versorgungsplan vollständig aufführen. Eine Selektion bestimmter Leistungen in dem Versorgungsplan ist unzulässig. Denn, selbst wenn die wettbewerbsverzerrende Wirkung selektiver Empfehlungen außer acht gelassen würde, läge ein haftungsrelevanter Verstoß gegen die Beratungspflicht gegenüber dem Leistungsberechtigten vor, der einen Anspruch auf umfassende Beratung und Information über das vollständige Leistungsangebot hat. Das ergibt sich auch aus der besonderen Betonung des Gesetzgebers in Satz 3, der Hinweise zu dem dazu vorhandenen örtlichen Angebot – und nicht etwa nur eines Leistungsanbieters – vorschreibt. Der Versorgungsplan muss auch Hinweise zur Überwachung und Anpassung der empfohlenen Maßnahmen enthalten. Im Hinblick auf die sich im Laufe der Zeit ggf. verändernden Bedarfe ist eine regelmäßige Evaluation der eingeleiteten Maßnahmen erforderlich. Dazu müsste die Pflegeberatung Kriterien in den Versorgungsplan aufnehmen, anhand derer eine Überprüfung veranlasst werden kann. Als solche Kriterien kommen z.B. Fristen, aber auch Ergebnisprüfungen in Betracht, wenn mit bestimmten Leistungen Aktivierungsziele verfolgt werden.

9.5 Zur Rechtsqualität des Versorgungsplanes und seiner Umsetzung

Fraglich ist, welche Rechtsqualität dem Versorgungsplan zukommt. Der Versorgungsplan ist nach hier vertretener Auffassung nicht mit dem Gesamtplan nach § 58 SGB XI und auch nicht mit dem Hilfeplan nach § 36 Abs. 2 SGB VIII vergleichbar. Weder der Gesamtplan des Zwölften Buches noch der Hilfeplan des Achten Buches Sozialgesetzbuch sind als individuelle Leistungsansprüche ausgestaltet. Vielmehr dient das Instrument dort jeweils ausschließlich der fachlichen Hilfesteuerung und Koordinierung. Er soll mehr ein Instrument der Selbstkontrolle und Koordinierung der Aktivitäten der zuständigen Verwaltung sein, um Absprachen, Sichtweisen, Erwartungen und Hilfeperspektiven zu dokumentieren, als eine individuelle Leistung für den Leistungsberechtigten (vgl. für den Jugendhilfeplan Münder in ders., SGB VIII § 36 Rz 52). Der Versorgungsplan ist ebenfalls nicht mit der Eingliederungsvereinbarung nach § 15 SGB II vergleichbar. Unabhängig davon, dass der Leistungsberechtigte auch hier keinen individuellen Rechtsanspruch hat, bedient sich die Eingliederungsvereinbarung des Instruments des Vertrags. Abweichend zu dem Gesamt- und Hilfeplan der Sozial- und Jugendhilfe ist dieser Vertrag für die Verwaltung und den Leistungsberechtigten verbindlich. Die in der Eingliederungsvereinbarung zu treffenden Regelungen können von der Verwaltung auch in einem Verwaltungsakt erlassen werden, wenn keine Eingliederungsvereinbarung zustande kommt (§ 15 Abs. 1 Satz 6 SGB II). Der Verwaltungsakt ist anfechtbar und eröffnet dem Arbeitsuchenden die Möglichkeit, den nicht von ihm konsentierten Förderplan überprüfen zu lassen.

Aufgrund der Ausgestaltung des § 7a SGB XI als Leistungsanspruch kann es sich bei dem Versorgungsplan nur um eine von der Pflegeversicherung zu erbringende Leistung oder einen Verwaltungsakt handeln. Voraussetzung für die Annahme eines Verwaltungsakts wäre, dass mit dem Versorgungsplan eine hoheitliche Entscheidung zur Regelung eines Einzelfalls verbunden wäre. Dafür müsste die Pflegeberatung mit dem Versorgungsplan Leistungsentscheidungen treffen, die gegenüber dem Leistungsberechtigten verbindlich sind. Diese Möglichkeit hat die Pflegeberatung allenfalls für Leistungen nach dem SGB XI, wenn sie von der Pflegekasse dafür zur Entscheidung berufen ist. Über Leistungen anderer Kosten- und Leistungsträger kann sie ohne eine nach §§ 88 ff. SGB X zulässige Aufgabenübertragung keine Entscheidung treffen. Des Weiteren müsste sie die Leistungsentscheidung zum Gegenstand des Versorgungsplans machen. Dass die Entscheidung über Leistungen der Pflegeversicherung Gegenstand des Versorgungsplans ist, ist aus dem Gesetzestext nicht abzuleiten. Ob überhaupt eine Leistungsentscheidung vor dem Hintergrund der Gewährleistung der Unabhängigkeit der Pflegeberatung (s. Abschn. 9.9) Gegenstand des Versorgungsplans werden darf, ist zumindest diskussionsbedürftig, da sich aus dem Gesetzestext keine Anhaltspunkte entnehmen lassen, dass der Versorgungsplan auch die Funktion der Leistungsentscheidung ersetzen soll: *Dafür* spräche allenfalls die in der Gesetzesbegründung in den allgemeinen Bemerkungen zu § 7a SGB XI vertretene Auffassung, dass die Pflegeberatung im Einzelfall den konkreten Hilfebedarf feststellen, die sozialrechtlichen Ansprüche klären und über die Ansprüche entscheiden soll, soweit ihre Entscheidungsbefugnisse reichen (BT-Drs. 16/7439, S. 45). Dies auf den Versorgungsplan auszuweiten, würde nach den hier angestellten Überlegungen dessen Funktion und Möglichkeiten überspannen. *Gegen* Leistungsentscheidungen im Versorgungsplan spricht die Gesetzesbegründung zu Abs. 1, der zufolge der Versorgungsplan keinen zwingenden und rechtsverbindlichen, sondern einen em-

pfehlenden Charakter habe (BT-Drs. 1/7439, S. 47). Unter Berücksichtigung dieser Erwägungen wird hier davon ausgegangen, dass es sich bei dem Versorgungsplan um eine *Leistung* der Pflegeversicherung handelt, deren Erfüllung der Leistungsberechtigte im Wege der allgemeinen Leistungsklage einfordern kann. Der Erfüllungsanspruch richtet sich dabei auf alle in Abs. 1 Satz 2 definierten Bestandteile der Pflegeberatung, und damit auch auf die Aufstellung eines den Erfordernissen des Gesetzes genügenden Versorgungsplans. Ob der Erfüllungsanspruch soweit geht, dass der Leistungsberechtigte bei fehlerhafter Pflegeberatung so zu stellen ist, wie er aufgrund einer fehlerfreien Beratung stehen würde, wird ggf. im Streitfall zu klären sein. Bisher geht das BSG davon aus, dass eine solche Bindung der Verwaltung nur für Verwaltungshandeln durch Verwaltungsakt möglich ist (BSGE 25, 219;[8] BSG SGb 1977,[9] 120; Anm. Thieme, DAngVers.[10] 1976 318 Anm. Maier; BSG SozR 2200 § 1237 Nr. 10[11]). Schlechtleistungen und fehlerhafte Versorgungspläne ziehen auf jeden Fall den allgemeinen sozialrechtlichen Herstellungsanspruch nach sich, der in diesem Fall konkret auf den Leistungsanspruch nach § 7a SGB XI gestützt werden könnte. Damit könnte die Vornahme eine zulässigen Amtshandlung zur Herstellung des Zustandes, der bestehen würde, wenn der Leistungsträger seine Pflichten erfüllt hätte und die Fehldisposition nicht geschehen wäre, eingefordert werden (vgl. auch Reinhardt in LPK-SGB I, § 14 Rz 15[12]). Darüber hinaus kommen Amtshaftungsansprüche nach § 839 BGB i.V.m. Art. 34 GG in Betracht, wenn Verschulden vorliegt (zu den Voraussetzungen dieser Ansprüche im Einzelnen s. Reinhardt in LPK-SGB I, § 14 Rz 14 ff.).

Die Pflegeberatung ist nicht nur für die Hilfebedarfsfeststellung und die Erstellung des Versorgungsplans verantwortlich, sondern auch verpflichtet, auf die für die Durchführung des Versorgungsplans erforderlichen Maßnahmen einschließlich deren Genehmigung durch den jeweiligen Leistungsträger hinzuwirken (Abs. 1 Satz 2 Nr. 3). Der RegE sprach noch davon, die erforderlichen Maßnahmen zu veranlassen. Die Regelung wurde in der vorliegenden Form erst nach den Beratungen im Gesundheitsausschuss des Bundestages in den Gesetzentwurf aufgenommen. Die neue Formulierung soll laut Gesetzesbegründung (BT-Drs. 16/8525 S. 128) zum Ausdruck bringen, dass die Pflegeberatung die Leistungen anderer Leistungsträger nicht selbst wirksam auslösen kann. Die Pflegeberatung soll aber immerhin zielgerichtet Einfluss nehmen, dass die anderen Leistungsträger zur Umsetzung des Versorgungsplans tätig werden. Eine Aussage über eine etwaige Entscheidungskompetenz der Pflegeberatung zu Leistungen der eigenen Pflegekasse wird hier nicht getroffen. Dennoch wird davon auszugehen sein, dass die Pflegeberatung bei entsprechender Kompetenzverteilung innerhalb der Pflegekasse befugt sein kann, Entscheidungen für die eigene Pflegekasse zu treffen. Zu dem damit verbundenen Interessenkonflikt wird auf die Ausführungen zur Zuständigkeit verwiesen (s. Abschn. 9.12). Die Hinwirkungspflicht der Pflegeberatung bezieht sich allererst auf die Kosten- bzw. Leistungsträger. Da an der Durchführung der Maßnahmen ebenfalls die Leistungsberechtigten beteiligt sind, ist es der Pflegeberatung unbenommen, auch auf den Leistungsberechtigten einzuwirken, die in den Versorgungsplan aufgenommenen Maßnahmen in Anspruch zu nehmen. Das betrifft einerseits die Maßnahmen, die durch Kosten- oder Leistungsträger finanziert werden. Andererseits kön-

---

[8] BSGE = amtliche Sammlung der Entscheidungen des Bundessozialgerichtes.
[9] SGb = Zeitschrift „Die Sozialgerichtsbarkeit“.
[10] DAngVers. = Zeitschrift „Die Angestelltenversicherung“.
[11] BSG SozR = Entscheidungssammlung des Bundessozialgerichts zum Sozialrecht.
[12] LPK-SGB I = Lehr- und Praxiskommentar Sozialgesetzbuch Erstes Buch. Allgemeiner Teil.

nen das aber auch Maßnahmen sein, die von dem Leistungsberechtigten selbst zu finanzieren oder organisieren sind. Zwar bleibt auch hier das Letztentscheidungsrecht des Leistungsberechtigten, ob er eine Leistung in Anspruch nehmen möchte oder nicht, gewahrt. Für die Pflegeberatung kann dies aber erneut zu einer Interessenkollision führen. Inwieweit es der Pflegeberatung dabei gelingen kann, die Rolle des neutralen Sachwalters aufrechtzuerhalten, bleibt abzuwarten. Im Interesse eines qualitativen Fallmanagements wäre die Pflegeberatung daher gut beraten, bereits bei der Aufstellung des Versorgungsplans Einvernehmen mit dem Leistungsberechtigten herzustellen und seine Wünsche bei der Aufstellung des Versorgungsplans zu berücksichtigen, um im Nachhinein nicht zum Rollentausch gezwungen und dann mit dem damit verbundenen Vertrauensverlust konfrontiert zu sein.

Aufgabe der Pflegeberatung ist es ebenfalls, die Durchführung des Versorgungsplans zu überwachen und erforderlichenfalls einer veränderten Bedarfslage anzupassen (Abs. 1 Satz 2 Nr. 4). Die Pflegeberatung soll überprüfen, ob die vereinbarten Maßnahmen tatsächlich erbracht werden. Es geht dabei nicht um eine individuelle Leistungsprüfung, sondern um die allgemeine Feststellung, dass die Maßnahmen regelmäßig erbracht werden und die Versorgung und Betreuung des Leistungsberechtigten sichergestellt ist. Überwacht wird damit in erster Linie die Erbringung der Maßnahme. Stellt sich heraus, dass trotz der im Versorgungsplan niedergelegten und auch erbrachten Maßnahmen die Versorgung und Betreuung des Leistungsberechtigten nicht sichergestellt ist, ist der Versorgungsplan von der Pflegeberatung an die tatsächlichen Gegebenheiten anzupassen. Die Anpassung erfordert eine erneute Überprüfung und Analyse des Hilfebedarfs, der im Versorgungsplan aufgenommenen Maßnahmen und der Zuverlässigkeit der Leistungserbringung. Stellt sich z.B. heraus, dass die Leistungen ehrenamtlich tätiger Personen, auf die der Leistungsberechtigte angewiesen ist, nicht regelmäßig bzw. zuverlässig erbracht werden, muss die Pflegeberatung den Versorgungsplan umstellen und andere Lösungen zur Sicherstellung der Versorgung aufnehmen. Um dem Überwachungs- und Anpassungsauftrag nachkommen zu können, ist ggf. eine Wiederholung der Beratung erforderlich. Diese bezieht sich insbesondere auf die Erhebung des Hilfebedarfs und der ausreichenden Versorgung. Da die Pflegeberatung mit der Übernahme des Fallmanagements den Leistungsanspruch des Leistungsberechtigten erfüllt, sollte sie aus haftungsrechtlichen Gründen ein Eigeninteresse an der regelmäßigen Prüfung haben, um im Streitfall nachweisen zu können, dass sie ihrer Sorgfaltspflicht ausreichend nachgekommen ist.

Bei komplexen Hilfebedarfen ist die Pflegeberatung verpflichtet, den Hilfeprozess auszuwerten und zu dokumentieren (Abs. 1 Satz 2 Nr. 5). Eine Auswertung und Dokumentation kommt nur bei komplexen Bedarfskonstellationen in Betracht. Die Auswertung und Dokumentation kann aber auch bei geringer Pflegebedürftigkeit erforderlich werden, wenn neben die Pflegebedürftigkeit eine komplexes Krankheitsbild (wie z.B. Demenz) tritt und die soziale Integration und Rehabilitation aus eigenen Kräften des Leistungsberechtigten nicht sichergestellt werden kann. Die Auswertung des Hilfeprozesses folgt im Wesentlichen der Analyse des Hilfebedarfs. Hinzu kommt aber die Erfassung des interaktiven Prozesses zwischen den Leistungsberechtigten und den Leistungserbringern, aber auch zwischen den Leistungserbringern, der Pflegeberatung und den Kostenträgern. Analysiert werden muss nicht nur die aktuelle Versorgung in einem bestimmten Zeitfenster, sondern die Versorgung im alltäglichen Ablauf. Um Rückschlüsse auswerten zu können, ist es ferner erforderlich, dass die einzelnen Ergebnisse festgehalten und do-

kumentiert werden. Dokumentationspflichtig sind dabei insbesondere die Situationsbeschreibungen bezogen auf die jeweiligen Leistungen.

In Satz 3 werden nach der Aufzählung der einzelnen Bestandteile der Pflegeberatung weitere Anforderungen an den Versorgungsplan gestellt. Er muss neben den im Einzelfall erforderlichen Leistungen sog. Empfehlungen zu den Maßnahmen nach Satz 2 Nr. 3, Hinweise zu dem örtlichen Leistungsangebot sowie zur Überprüfung und Anpassung der empfohlenen Maßnahmen enthalten.

9.6 Kooperation mit dem Leistungsberechtigten und mit allen an der Pflege, Versorgung und Betreuung Beteiligten (Abs. 1 Satz 4)

Die Pflegeberatung ist nach Abs. 1 Satz 4 verpflichtet, bei der Erstellung und Umsetzung des Versorgungsplans Einvernehmen mit dem Hilfesuchenden und mit allen an der Pflege, Versorgung und Betreuung Beteiligten anzustreben. Unter Einvernehmen versteht man in der Gesetzes- bzw. Verwaltungssprache, dass das Einverständnis eines anderen Gesetzgebungsorgans bzw. einer anderen Behörde (Stelle) vor einem Gesetzes- oder Verwaltungsakt herbeigeführt werden muss. Es handelt sich um einen Begriff, der bisher eigentlich die Beziehung zwischen Behörden oder Gesetzgebungsorganen regelte. Dies bezogen auf die Leistungsberechtigten bedeutet hier, dass das Einverständnis des Leistungsberechtigten einzuholen ist. Das Einvernehmen soll für die Erstellung und Umsetzung des Versorgungsplans jedoch nur angestrebt werden. Anstreben ist ein im gesetzlichen Sprachgebrauch eher unüblicher Begriff. Gemeinhin wird darunter verstanden, dass auf ein näher beschriebenes Ziel – hier das Einvernehmen mit den Leistungsberechtigten – hingearbeitet werden soll, um es zu erreichen. Das Erreichen des Ziels ist aber nicht zwingende Voraussetzung, um den Anforderungen des Gesetzestextes und den Intentionen des Gesetzgebers zu genügen. In der Regel wird für die Zusammenarbeit von Behörden oder Gesetzgebungsorganen von der Herstellung von Benehmen gesprochen, wenn anderen Behörden oder Gesetzgebungsorganen die Gelegenheit zur Stellungnahme mit dem Ziel der Verständigung gegeben werden soll, ohne ihnen ein Mitbestimmungsrecht einzuräumen. Es ist davon auszugehen, dass der Gesetzgeber, der in der Gesetzesbegründung dazu leider keine näheren Ausführungen macht, mehr als ein Anhörungsrecht, aber weniger als eine zwingende Zustimmung aller Beteiligten und auch des Leistungsberechtigten vorgeben wollte. Wie sich das in der Praxis umsetzen lässt, bleibt abzuwarten. Jedenfalls dürfte eine einmalige schriftliche Aufforderung zur Zustimmung zum Versorgungsplan nicht ausreichen, sondern es müsste wohl zumindest eine intensivere Diskussion vorausgehen. Ob das im Wege einer „Versorgungsplankonferenz“ (so die Begr. des RegE BT-Drs. 16/7439, S. 47) geschehen sollte, in der die Gründe für die jeweils unterschiedlichen Auffassungen gemeinsam bewertet werden, ist von den bisherigen Erfahrungen mit sog. Hilfeplan-Konferenzen und ihrer Ausgestaltung (§ 19 Abs. 4 BSHG a.F., § 58 SGB XII; § 36 SGB VIII) abhängig und nach hier bestehender Einschätzung zu bezweifeln. An die Begründungspflicht werden jedenfalls höhere Anforderungen zu stellen sein, wenn sich die Pflegeberatung bei der Aufstellung des Versorgungsplans über die Wünsche der Leistungsberechtigten hinwegsetzen will. An der Pflege, Versorgung und Betreuung betei-

ligt sind insbesondere die Leistungserbringer, Angehörige, Nachbarn, ehrenamtliche Helfer, Selbsthilfegruppen usw. (zu den beteiligten Leistungsträgern vgl. Satz 5). Das Einvernehmen der Beteiligten ist für eine erfolgreiche Pflege auf der Basis des Versorgungsplanes dringend erforderlich. Das gilt insbesondere dann, wenn von der Leistungsgewährung oder Unterstützung einzelner Beteiligter die Feststellung oder Sicherstellung des Hilfebedarfs abhängig gemacht wird. Wenn die Leistungsberechtigten oder Nachbarn weigern sich gegenseitig zu helfen, ist ein Versorgungsplan, der auf dieser Unterstützungsleistung aufbaut, Makulatur. Gleiches gilt, wenn ein vom Leistungsberechtigten ausgewählter professioneller Leistungserbringer die angedachte Leistung nicht anbietet oder eine andere Leistung für erforderlich hält. Wegen der Gesamtverantwortung der Pflegeberatung für die Sicherstellung der Versorgung des Leistungsberechtigten ist es daher für die Praxis zwingend erforderlich, dass alle Beteiligten sich auf den Versorgungsplan einlassen und diesen proaktiv unterstützen. Das kann nur sichergestellt werden, wenn das Einvernehmen aller Beteiligten vorliegt. Dies zu erreichen, bedarf einer intensiven Fall-Führung: Gerade hier wird deutlich, dass Qualifikationen im Fallmanagement im Rahmen des § 7a SGB XI unbedingt erforderlich sind (s. Abschn. 9.14).

Soweit Leistungen nach sonstigen bundes- oder landesrechtlichen Vorschriften erforderlich sind, sind die anderen zuständigen Leistungsträger frühzeitig mit dem Ziel der Abstimmung einzubeziehen (Abs. 1 Satz 5). Bei den anderen Leistungsträgern handelt es sich insbesondere um die Sozialhilfeträger, aber auch um die Krankenkassen oder die Renten- und Unfallversicherung. Sie sind frühzeitig einzubeziehen. Darunter wird in diesem Kontext zu verstehen sein, dass die Einbeziehung nicht erst erfolgen soll, wenn der Versorgungsplan bereits erstellt ist, sondern wenn sich abzeichnet, dass eine Leistung zur Unterstützung des Leistungsberechtigten in Betracht kommt. Das stellt sich in der Regel bereits beim Erfassen und der Analyse des Hilfebedarfs heraus, der den ersten Schritt der Pflegeberatung darstellen soll (s. Abschn. 9.2 und 9.3). Insoweit ist die Einbeziehung anderer potenzieller Leistungsträger spätestens nach dem Erfassen und der Analyse des Hilfebedarfs angezeigt.

Die anderen Leistungsträger sollen mit dem Ziel der Abstimmung einbezogen werden. Einbeziehung bedeutet dabei eine Beteiligung an dem Planungsprozess, soweit es die Leistungszuständigkeit des jeweiligen Leistungsträgers betrifft. Die Zusammenarbeit ist insoweit notwendig um sicherzustellen, dass die eingeplanten Leistungen anderer Leistungsträger von diesem auch tatsächlich übernommen werden. Ziel der Einbeziehung ist aber nicht die Herstellung des Einvernehmens und dies schon gar nicht bezogen auf den gesamten Hilfebedarf, sondern nur die Abstimmung über die Leistungsgewährung, um Versorgungslücken möglichst auszuschließen. Dabei ist eine erfolgreiche Abstimmung nur das Ziel der Einbeziehung, aber kein Kriterium für die Frage der Wirksamkeit des Versorgungsplans. Die Einbeziehung entspricht insoweit eher der Herstellung des Benehmens mit den anderen Leistungsträgern, wobei die Pflegeberatung schon auf der Grundlage von Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 die Pflicht trifft, auf die Leistungsgewährung durch andere Leistungsträger hinzuwirken.

Der Pflegeberatung wird ferner die Sicherstellung einer engen Zusammenarbeit mit anderen Koordinierungsstellen, insbesondere den gemeinsamen Servicestellen nach § 23 des Neunten Buches, aufgegeben (Abs. 1 Satz 6). Nach dem Wortlaut der Norm besteht damit eine Kooperationspflicht der Pflegekassen, was auch in der Gesetzesbegründung ausdrücklich betont wird (BT-Drs. 16/7439 S. 47). Ziel des Gesetzgebers ist es, das unkoordinierte Nebeneinander unterschiedlicher Koordinierungsstellen zu verhindern. Die Pflegeberatung soll vielmehr an vorhan-

dene Strukturen anknüpfen (BT-Drs. 16/7439 S. 46) und im Sinne des Leistungsberechtigten für die Koordination des Leistungen nutzbar machen. Die Zusammenarbeit mit den Servicestellen wird nur beispielhaft aufgeführt. Der Auftrag zur Zusammenarbeit bezieht sich auf alle bestehenden relevanten Koordinierungsstellen (vgl. BT-Drs. 16/7439 S. 47). Der Auftrag zur Zusammenarbeit mit anderen Koordinierungsstellen hat aber keine unmittelbare Auswirkung auf die Pflegeberatung gegenüber dem Leistungsberechtigten. Verstöße gegen die Sicherstellung einer engen Zusammenarbeit führen nicht dazu, dass der Versorgungsplan angreifbar wird. Dies wird er nur, wenn er den rechtlichen Anforderungen nicht genügt (s. dazu Abschn. 9.5).

9.7 Übertragung der Pflegeberatung auf Dritte (Abs. 1 Satz 7)

Die Aufgabe der Pflegeberatung können die Pflegekassen ganz oder teilweise auf Dritte übertragen, wobei der Sozialdatenschutz nach § 80 SGB X zu gewährleisten ist. Als Dritte kommen alle in Betracht, die die Gewähr für eine sachgerechte, die Rechte und Interessen der Betroffenen wahrende Erfüllung der Aufgaben bieten (vgl. § 97 SGB X). Das können Leistungserbringer, private oder öffentliche Beratungsstellen und sonstige Dienstleister sein, die im Bereich der Pflege aktiv und kompetent sind. Es muss lediglich sichergestellt sein, dass die fachlichen und qualitativen Anforderungen, die an die Pflegeberatung gestellt werden, erfüllt sind und die Datenschutzvorgaben i.S.v. § 80 SGB X eingehalten werden. Für private Stellen sind dort erhöhte Voraussetzungen und Anforderungen formuliert (§ 80 Abs. 5 SGB X), die in der Praxis ggf. schwierig zu erfüllen sein können (vgl. dazu Krahmer / Stähler 2003).

Die Möglichkeit der Übertragung der Durchführung der Pflegeberatung auf Dritte nach Abs. 1 Satz 7 wird durch die Möglichkeit der Übertragung der Aufgaben der Pflegeberatung auf andere Leistungsträger nach Abs. 4 Satz 4 nicht eingeschränkt. Vielmehr kann von beiden Möglichkeiten bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen Gebrauch gemacht werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich die Regelung in Abs. 4 Satz 4 ausschließlich auf die Sicherstellung der Pflegeberatung durch Aufgabenübertragung auf andere Kosten- und Leistungsträger innerhalb der Pflegestützpunkte bezieht (vgl. Abs. 4 Satz 1: „… in den Pflegestützpunkten …“), während Abs. 1 Satz 7 dagegen generell die Möglichkeit der Übertragung der Pflegeberatung von den Pflegekassen auf Dritte regelt. Eine Einigung der Pflegekassen nach Absatz 4 kann daher theoretisch auch darauf hinauslaufen, dass in dem Pflegestützpunkt Dritte mit der Pflegeberatung für alle Pflegekassen beauftragt werden. Dabei sind allerdings die Besonderheiten für die Pflegestützpunkte und insbesondere die datenschutzrechtlichen Vorgaben zu berücksichtigen (s. insoweit Schiffer-Werneburg in LPK-SGB XI, § 92c Rz 38).

9.8 Kooperation mit Pflegestützpunkten

Einen besonderen Schwerpunkt legt der Gesetzgeber auf die Zusammenarbeit von Pflegeberatung und Pflegestützpunkten (Abs. 1 Satz 10). Nachdem die Regelung zu den Pflegestützpunkten in § 92c SGB XI nach der Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestages noch ein-

mal überarbeitet wurde und die Einrichtung von Pflegestützpunkten von der Entscheidung der Bundesländer abhängig gemacht wurde, wollte der Gesetzgeber sicherstellen, dass in jedem nach Landesentscheid geschaffenen Pflegestützpunkt eine Pflegeberatung erfolgen kann. Dazu dient die Regelung in Satz 10, wonach sicherzustellen ist, dass im jeweiligen Pflegestützpunkt nach § 92c SGB XI Pflegeberatung im Sinne des § 7a SGB XI in Anspruch genommen werden kann. Die Regelung verpflichtet die Pflegekassen, Pflegeberatung in den Pflegestützpunkten zu ermöglichen. Ob sie die Pflegeberatung dort selbst anbieten oder durch die Übertragung auf andere Leistungsträger nach Abs. 4 Satz 4 anbieten lassen, ist unerheblich. Entscheidend ist lediglich, dass die Möglichkeit der Pflegeberatung im Pflegestützpunkt für den anspruchsberechtigten Personenkreis besteht. Wegen der Einzelheiten wird auf die Ausführungen zu Abs. 4 (s. Abschn. 9.15) verwiesen.

9.9 Unabhängigkeit der Pflegeberatung

Des Weiteren muss gem. Abs. 1 Satz 10 die Unabhängigkeit der Pflegeberatung gewährleistet sein. Ob sich das Erfordernis der Unabhängigkeit der Pflegeberatung nur auf die Pflegeberatung in den Pflegestützpunkten oder auf die Pflegeberatung im Allgemeinen beziehen soll, ist dem Wortlaut der Vorschrift nicht eindeutig zu entnehmen. Die Zuordnung hängt von der Interpretation des Wortes „und“ ab, welches die beiden Aussagen des Satz 10 miteinander verbindet: Hier wird davon ausgegangen, dass generell die Unabhängigkeit der Pflegeberatung zu gewährleisten ist. Eine Begründung dafür, warum die Anforderungen an die Unabhängigkeit der Pflegeberatung innerhalb und außerhalb von Pflegestützpunkten unterschiedlich ausgestaltet sein sollen, erschließt sich nicht. Vielmehr kann auch der Gesetzesbegründung in den Vorbemerkungen zu § 7a SGB XI entnommen werden, dass generell die Unabhängigkeit der Pflegeberatung sichergestellt werden sollte (BT-Drs. 16/7439 S. 45/46).

Mit der Einführung der Pflegeberatung wird gleichzeitig eine Feststellung zur in einzelnen Fachgremien kontrovers diskutierten Erforderlichkeit der Unabhängigkeit eines individuellen Fallmanagements getroffen. Die Unabhängigkeit des Fallmanagements soll aus Sicht seiner Befürworter sicherstellen, dass es im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben den Interessen des Leistungsberechtigten folgt. Da Kosten- und Leistungsträger sowie Leistungserbringer ggf. eigene Interessen haben könnten, die nicht mit den Interessen des Leistungsberechtigten identisch sein müssen, soll eine fremden Interessen folgende Einflussnahme auf den Leistungsberechtigten ausgeschlossen sein. Der Gesetzgeber hat dazu für die Pflegeberatung in Abs. 1 Satz 10 geregelt, dass die Unabhängigkeit der Beratung sicherzustellen ist. Dass im ersten Teil derselben Vorschrift auch geregelt ist, dass im jeweiligen Pflegestützpunkt nach § 92c SGB XI Pflegeberatung i.S.v. § 7a SGB XI in Anspruch genommen werden kann, ist nicht etwa so zu verstehen, nur in Pflegestützpunkten müsse die Unabhängigkeit der Pflegeberatung sichergestellt sein. Das ergibt sich sowohl aus dem Wortlaut des § 7a SGB XI Abs. 1 Satz 10, nach dem *zwei* Dinge sicherzustellen sind (eine *Pflegeberatung in Pflegestützpunkten* „und“ eine *unabhängige Pflegeberatung*), als auch aus der Überlegung, dass sonst eine willkürliche Ungleichbehandlung (also ein Verstoß gegen Art. 3 GG) vorliegen würde, weil eine unterschiedliche Behandlung der Pflegebedürftigen nicht aus der für ihn zufälligen Entscheidung der zuständigen obersten Landesbehörde folgen darf, ein Pflegestützpunkt einzurichten oder nicht. Eine entsprechende Sicht

findet sich auch in der allgemeinen Begründung des RegE zu § 7a SGB XI (BT-Drs. 16/7439, S. 46), wonach die Pflegeberatung „unabhängig wahrzunehmen“ sei, was aber bereits aus § 14 SGB I folge. Dem gesetzgeberischen Anspruch nach hat die Pflegeberatung also unabhängig im Sinne des Leistungsberechtigten zu erfolgen. Andererseits wird die Pflegeberatung bei den Pflegekassen – einem Kostenträger – angesiedelt, wie insbesondere durch Abs. 1 Satz 7 und die Ausgestaltung der Pflegeberatung als Leistungsanspruch gegen die Pflegeversicherung ohne Verpflichtung zur Leistungserbringung durch Dritte deutlich wird. Zudem wird die Ansiedlung der Pflegeberatung bei den Pflegekassen mit dem Hinweis auf das dadurch erreichte Zusammenfallen mit der Entscheidungsbefugnis über die Kernleistung bei Pflegebedürftigkeit, d.h. mit der Koordinierungsfunktion begründet, was von den Unabhängigkeitsbefürwortern gerade abgelehnt wird. Des Weiteren wird in der Begründung der Unabhängigkeit auf die bereits bestehende Verpflichtung der Pflegekassen zur Beratung nach § 14 SGB I hingewiesen, die eine Unabhängigkeit im hier in Frage stehenden Sinn aber nicht vorsieht. Die vom Gesetzgeber von der Pflegeberatung geforderte Unabhängigkeit meint folglich nicht die in den Fachgremien diskutierte Unabhängigkeit der Pflegeberatung von den Kostenträgern, sondern nur eine unabhängige Pflegeberatung durch die Mitarbeiter der Kostenträger, die losgelöst von Leistungsentscheidungen der jeweiligen Pflegekassen, bei der sie beschäftigt sind, den „Fall managen“ sollen. Die Lösung des zwischen den Kosteninteressen der Pflegekassen und den Leistungsinteressen der Leistungsberechtigten bestehenden Interessenkonflikts erfolgt also nicht durch den Gesetzgeber selbst, sondern wird auf die einzelnen PflegeberaterInnen übertragen, die im Zweifel in einem Anstellungs- oder Vergütungsverhältnis zur Pflegekasse stehen. Inwieweit der Interessenkonflikt reduziert werden kann, etwa indem die Pflegekassen entweder die PflegeberaterInnen nicht zur Entscheidung über die Leistungen der Pflegekassen berufen oder die Pflegeberatung nach Abs. 1 Satz 7 auf Dritte übertragen, bleibt abzuwarten. Sicher scheint schon jetzt, dass die Frage der Unabhängigkeit der Pflegeberatung noch die Gerichte beschäftigen wird.

9.10 Abgrenzung des Fall-Managements zur Aufklärung und Beratung nach § 7 SGB XI

Der Aufklärungs- und Beratungsanspruch nach § 7 SGB XI ist mit dem Anspruch auf Pflegeberatung nach § 7a SGB XI nicht identisch. Beide Vorschriften haben nur partiell deckungsgleiche bzw. sich überschneidende Regelungsbereiche. Der Anspruch auf Pflegeberatung nach § 7a SGB XI ist ein individueller Leistungsanspruch des Leistungsberechtigten auf ein über den Bereich der Pflege hinausgehendes Fallmanagement. Die Pflegeberatung übernimmt für den Leistungsberechtigten die Aufgabe, die Hilfebedarfe über die Feststellungen des MDK hinaus zu erfassen und auf dieser Grundlage einen Versorgungsplan aufzustellen sowie auf seine Durchführung hinzuwirken. Voraussetzung für das Fallmanagement ist eine umfassende Beratung und Aufklärung des Leistungsberechtigten über mögliche Rechte und Pflichten und Hilfe bei der Antragstellung auf mögliche Leistungen. Darüber hinaus begleitet die Pflegeberatung die Umsetzung der letztlich in den Versorgungsplan aufgenommenen Leistungen und überwacht die Sicherstellung der notwendigen Versorgung.

Der Aufklärungs- und Beratungsanspruch nach § 7 SGB XI kann von dem Leistungsberechtigten wie seinen Angehörigen wahrgenommen werden. Er richtet sich auf eine umfassende Aufklärung und Beratung hinsichtlich aller möglicher Sozialleistungen und möglicher Leistungsangebote (§ 7 Abs. 2 Satz 1 SGB XI – s. ausführlich Krahmer in LPK-SGB XI § 7 Rz 9). In dieser Beratung werden aber keine individuellen Versorgungspläne erarbeitet und deren Einhaltung und Praktikabilität überwacht. Der Anspruch nach § 7 SGB XI ist vielmehr ein umfassender und auf den Einzelfall bezogener Informationsanspruch, der den Leistungsberechtigten und seinen Angehörigen die Umsetzung der daraus gezogenen Schlüsse überlässt. Dass laut § 7 Abs. 3 Satz 2 SGB XI der Pflegebedürftige gleichzeitig mit der Übermittlung der Vergleichsliste (unverzüglich nach Eingang seines Antrags auf Pflegeleistungen) über die unentgeltliche Pflegeberatung i.S.v. § 7a zu informieren ist, weist zusätzlich auf den unterschiedlichen Charakter beider Beratungen hin.

9.11 Anspruchsberechtigter Personenkreis (Abs. 1 Satz 9)

Die Anspruchsberechtigung besteht gem. Abs. 1 Satz 9 erst seit dem 1. Januar 2009. Vorher *konnten* die Pflegekassen eine Pflegeberatung anbieten, wenn sie bereits über entsprechende Strukturen verfügten. Bis zum 1. Januar 2009 stand die Bewilligung der Pflegeberatung damit hinsichtlich des „ob“ und des „wie“ im Ermessen der Pflegekasse. Seit dem 1. Januar 2009 sind sie auf Antrag des berechtigten Personenkreises zur Pflegeberatung verpflichtet. Die Inanspruchnahme der Pflegeberatung ist freiwillig. Sie ist von der Antragstellung des Leistungsberechtigten abhängig. Der Leistungsberechtigte hat ebenfalls die Möglichkeit, seinen Antrag jederzeit zurückzuziehen. Mit Antragsrücknahme endet das Fallmanagement durch die Pflegeberatung.

Anspruchsberechtigt sind gem. Abs. 1 Satz 1 zunächst alle Leistungsbezieher, die Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch erhalten. Anspruchsinhaber sind demnach alle, die die Leistungsvoraussetzungen nach § 33 SGB XI ohne Einschränkungen erfüllen und pflegebedürftig im Sinne von §§ 14, 15 SGB XI sind. Anspruchsberechtigt sind über den Kreis der Leistungsbezieher hinaus diejenigen, die einen Antrag auf Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch gestellt haben, und bei denen erkennbar ein Hilfe- und Beratungsbedarf besteht (Abs. 1 Satz 8). Ob ein Antrag auf Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch gestellt wurde, lässt sich in der Praxis in der Regel gut feststellen. Es ist unerheblich für die Anspruchsberechtigung, ob dem Leistungsantrag auch zu entsprechen ist. Des Weiteren muss erkennbar ein Hilfe- und Beratungsbedarf bestehen. In der Gesetzesbegründung werden keine konkreten Anforderungen an den erkennbaren Hilfe- und Beratungsbedarf formuliert. Es wird lediglich auf die Abgrenzungsfunktion hingewiesen, dass die Pflegeberatung zwar zu Beginn der Pflege zur Verfügung stehen, aber nicht missbräuchlich in Anspruch genommen werden können soll (BT-Drs. 16/7439 S. 47). Erkennbarer Hilfe- und Beratungsbedarf wird deshalb immer dann anzunehmen sein, wenn Antragsteller bei verständiger Würdigung ihres Einzelfalls Unterstützung bei der Bewältigung ihres Alltags oder der Organisation der für sie erforderlichen Hilfestellung benötigen (Hilfebedarf) und Orientierung über die Mittel und Wege zur Zielerreichung des von den Ratsuchenden bestimmten oder mit ihm zusammen zu identifizierenden Ziels

erforderlich ist. Diese Voraussetzungen werden z.B. dann erfüllt sein, wenn dem Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung der Aufenthalt in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung vorausgeht und die Versorgung nach Beendigung des Aufenthalts nicht gesichert ist.

Nicht anspruchsberechtigt sind dagegen die Angehörigen oder die Ehegatten und Lebenspartner. Da die Anspruchsberechtigung ausdrücklich von dem Leistungsbezug bzw. der Antragstellung abhängig gemacht wurde, haben alle diejenigen keinen eigenen Rechtsanspruch auf Pflegeberatung, die nicht unmittelbar betroffenen Versicherungsnehmer sind. Die Einschränkung des anspruchsberechtigten Personenkreises z.B. gegenüber § 7 SGB XI ist grundsätzlich systemkonform, da es sich bei § 7a SGB XI um einen Individualanspruch aus dem Versicherungsverhältnis und nicht um eine allgemein den Pflegekassen übertragene Aufklärungs- und Beratungspflicht handelt. Angehörige und Lebenspartner können aber als Dritte im näheren sozialen Umfeld in die Pflegeberatung einbezogen werden, wenn der Leistungsberechtigte dies wünscht (Abs. 2 Satz 1).

Die Zugehörigkeit zum anspruchsberechtigten Personenkreis ist neben dem Wunsch nach Pflegeberatung die einzige Voraussetzung für den Zugang zu ihr, weitere Kriterien müssen nicht erfüllt sein.

9.12 Zuständigkeit der Pflegekasse

Der Anspruch auf Pflegeberatung ist ein individueller, einklagbarer Leistungsanspruch. Er richtet sich, wie bei allen anderen Leistungsansprüchen des Elften Buchs Sozialgesetzbuch, gegen die Pflegekasse. Nach der sich aus der Gesetzesbegründung ergebenden Auffassung des Gesetzgebers richtet sich dieser Anspruch auch gegen das private Versicherungsunternehmen, bei dem der Leistungsberechtigte versichert ist. Der Leistungsanspruch von Versicherungsnehmern privater Pflege-Pflichtversicherer ergibt sich nicht unmittelbar aus dem Gesetz, weil sich der zu garantierende Leistungsumfang nur auf die Leistungen nach dem Vierten Kapitel des Elften Buches bezieht (§ 23 Abs. 1 Satz 2 SGB XI). Ggf. ist der Versicherungsvertrag entsprechend nachzubessern, um dem Versicherungsnehmer auch den vom Gesetzgeber gewollten Anspruch auf Pflegeberatung einzuräumen. Die Pflegekassen oder privaten Pflege-Pflichtversicherer entscheiden darüber, ob der Antragsteller zu dem berechtigten Personenkreis gehört. Dazu gehört auch die Entscheidung, ob ein erkennbarer Hilfe- und Beratungsbedarf vorliegt. Über die Bewilligung von Pflegeberatung sollen nach hier vertretener Auffassung die PflegeberaterInnen in der Regel nicht selbst entscheiden. Zwar ist es rechtlich zulässig, dass die Pflegeberatung als Vertretung der jeweiligen Pflegekasse gegenüber dem Leistungsberechtigten auftritt und organisatorisch zur Entscheidung über die Leistungsbewilligung der Pflegekasse berufen wird. Es dürfte aber der in Abs. 1 Satz 7 normierten Unabhängigkeit der Pflegeberatung abträglich sein, wenn die Entscheidungskompetenz der Pflegekasse als Versicherungsgeber über Leistungsansprüche mit der Beratungsfunktion verbunden wird (s. Abschn. 9.2 und 9.9). Es könnte für die PflegeberaterInnen schwierig werden, wenn sie auf der einen Seite die Unabhängigkeit der Beratung und auf der anderen Seite die Rolle des Kostenträgers mit Budgetverantwortung wahrnehmen sollen.

9.13 Weitere Anforderungen an die Pflegeberatung (Abs. 2)

In Abs. 2 werden Anforderungen an das Verfahren der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI beschrieben, z.B. welche Wünsche des Leistungsberechtigten bei der Durchführung der Pflegeberatung zu berücksichtigen sind, wofür die Pflegeberatung über die Durchführung der Beratung hinaus zuständig ist und wie die notwendigen Informationen über Leistungsbescheide der Pflegeberatung zur Kenntnis gebracht werden:

Die Pflegeberatung hat auf Wunsch des Leistungsberechtigten Dritte, insbesondere Angehörige und Lebenspartner, einzubeziehen (Abs. 2 Satz 1.). Unter Einbeziehung ist die umfassende Beteiligung an dem Beratungsprozess zu verstehen. Sie ist nicht durch bestimmte Zielvorgaben, mit denen die Einbeziehung verbunden werden könnte, eingeschränkt. Die Entscheidung darüber, ob Angehörige oder Lebenspartner einbezogen werden sollen, trifft der Leistungsberechtigte. Die Entscheidung ist von der Pflegeberatung umzusetzen. Bringt der Leistungsberechtigte zum Ausdruck, dass er eine Einbeziehung nicht oder nicht mehr wünscht, ist die Pflegeberatung ohne Dritte durchzuführen bzw. die Einbeziehung zu beenden. Wird die Einbeziehung von Angehörigen oder Lebenspartnern auf Wunsch des Leistungsberechtigten abgebrochen, kann das ggf. auf die Leistungsbereitschaft der Ausgeschlossenen bei der Sicherstellung der Versorgung Auswirkungen haben. Bei dem Abbruch der Einbeziehung Angehöriger wird daher intensiver zu prüfen sein, ob von ihrer Leistungsbereitschaft auch im Weiteren zuverlässig ausgegangen werden kann. Selbst wenn sie nicht mehr in den Beratungsprozess einbezogen werden, muss auch mit ihnen ein Einvernehmen über die von ihnen erwartete Aufgabe angestrebt werden. Einbezogen werden sollen Dritte: Bereits im Gesetzestext wird dazu ausgeführt, dass zu den Dritten insbesondere Angehörige und Lebenspartner zählen. Darüber hinaus können aber auch andere vertraute Personen aus dem näheren sozialen Umfeld einbezogen werden. Der Personenkreis wird vom Gesetzgeber nicht enumerativ aufgezählt, sondern ist weit gefasst. Er unterliegt dem Bestimmungsrecht des Leistungsberechtigten. Wünscht der Leistungsberechtigte die Einbeziehung vertrauter professioneller Pflegepersonen oder Beratungs- oder Pflegedienste der Wohlfahrtspflege oder privater Anbieter, ist diesem Wunsch ebenfalls zu entsprechen.

Das Wunschrecht des Leistungsberechtigten bei der Durchführung der Pflegeberatung bezieht sich nicht nur auf die Einbeziehung Dritter, sondern auch auf den Beratungsort (Abs. 2 Satz 1). Die Pflegeberatung erfolgt auf Wunsch des Leistungsberechtigten in der häuslichen Umgebung oder in der Einrichtung, in der der Anspruchsberechtigt lebt und ermöglicht damit auch die sog. „aufsuchende Hilfe“. Unter häuslicher Umgebung ist der Ort zu verstehen, an dem der Leistungsberechtigte sich in der Regel aufhält und seinen Lebensmittelpunkt hat. Orte, die dem Leistungsberechtigten zwar vertraut sind, an denen er aber nicht wohnt, sind damit nicht gemeint. Der Wunsch der Leistungsberechtigten auf Beratung in der häuslichen Umgebung ist daher nur zu berücksichtigen, wenn die Beratung an dem Ort stattfinden soll, an dem der Leistungsberechtigte tatsächlich wohnt.

Einrichtungen, in denen ein Pflegebedürftiger lebt, sind in der Regel stationäre Einrichtungen, unabhängig davon, welchem Zweck der stationäre Aufenthalt dient. Es kann sich dabei gleichermaßen z.B. um stationäre Einrichtung der Eingliederungshilfe, Wohnungslosenhilfe, Suchthilfe, Rehabilitation oder Altenhilfe handeln. Die Aufzählung ist nicht abschließend. Wichtig

ist, dass der Leistungsberechtigte dort lebt und jedenfalls nicht nur kurzfristig seinen Lebensmittelpunkt hat. Lebt der Leistungsberechtigte in einer Einrichtung und wünscht er dort die Beratung, hat die Pflegeberatung dem Wunsch nachzukommen.

Gegebenenfalls kann es auch sinnvoll sein, die Beratung nicht in der häuslichen Umgebung, sondern an einem anderen vom Leistungsberechtigten ausgewählten Ort stattfinden zu lassen. Sollten die Leistungsberechtigten einen entsprechenden Wunsch äußern, kann die Pflegeberatung diesem Wunsch entsprechen, wenn sie es für sinnvoll hält. Der Gesetzestext sieht das zwar nicht ausdrücklich vor, er schließt aber eine Berücksichtigung auch eines abweichenden Ortswunsches nicht aus. In der Regel sollten entsprechenden Wünschen Rechnung getragen werden, wenn sie nicht unangemessen sind oder dem Beratungserfolg entgegenstehen (s. auch § 2 SGB XI sowie 33 SGB I). Ein anderer Ort kann z.B. die Wohnung eines Angehörigen oder eine Tagesstätte sein, in der sich der Leistungsberechtigte regelmäßig tagsüber aufhält.

Weiter ist vorgesehen, dass der Leistungsberechtigte einen Leistungsantrag nach dem Elften oder dem Fünften Buch auch gegenüber der Pflegeberatung stellen kann (Abs. 2 Satz 2 u. 3). Diese ist verpflichtet, den Antrag unverzüglich der zuständigen Pflege- oder Krankenkasse zu übermitteln. Die Pflicht zur Entgegennahme und Weiterleitung von Leistungsanträgen trifft grundsätzlich jeden unzuständigen Leistungsträger und jede Gemeinde nach § 16 SGB I bereits. Hier wird lediglich klargestellt, dass alle Anträge auf Leistungen nach dem Fünften und Elften Buch, wie z.B. auf häusliche Krankenpflege, auf Hilfsmittel, auf Pflegesachleistung usw. von der Pflegeberatung entgegenzunehmen bzw. unverzüglich weiterzuleiten sind. Unter Unverzüglichkeit wird dabei eine Weiterleitung ohne schuldhaftes Zögern verstanden, d.h. spätestens innerhalb von drei Tagen. Nach Auffassung des Gesetzgebers bezieht sich die Regelung der Unverzüglichkeit nicht nur auf die Weiterleitung, sondern auch auf die Leistungsentscheidung. Im Einzelnen wird dazu in der Gesetzesbegründung (BT-Drs. 16/8252 S. 128) „davon ausgegangen, dass nicht nur die Übermittlung, sondern auch die Bearbeitung des Leistungsantrags bei der Kasse ohne schuldhaftes Zögern erfolgt“. Die Berechtigung zur Entgegennahme von Leistungsanträgen bedeutet gleichzeitig, dass der Antrag ab dem Zeitpunkt als eingegangen gilt, an dem er bei der Pflegeberatung gestellt worden ist. Die Antragstellung hat dabei nach den Vorgaben des jeweiligen Leistungsgesetzes zu erfolgen. Auch wenn die Pflegeberatung zur Unterstützung bei der Antragstellung verpflichtet ist, kann bei Schriftformerfordernis (§ 33) die Antragstellung frühestens mit Erfüllung der formalen Voraussetzungen bei der Pflegeberatung erfolgen. Lediglich mündlich formulierte Leistungsanträge sind in solchen Fällen ungeeignet die Antragstellung zu bewirken. Die Pflegeberatung muss außerdem die Möglichkeit haben, dem Weiterleitungsgebot nachzukommen. Dafür ist es nicht erforderlich, dass alle für die Antragstellung erforderlichen Unterlagen bereits vorliegen. Da die Pflegeberatung nicht Vertretung oder gesetzlicher Betreuer des Leistungsberechtigten ist, muss der Antrag der Leistungsberechtigten bei der Pflegeberatung in einer weiterleitungsfähigen Form vorliegen. Die Regelung entbindet die Pflegeberatung nicht von den weitergehenden Verpflichtungen nach § 16 SGB I. Richten sich Anträge des Leistungsberechtigten bei der Pflegeberatung nicht an Pflege- oder Krankenkassen, sind sie entsprechend dem gesetzlichen Auftrag nach § 16 SGB I verpflichtet, auch diese unverzüglich an den zuständigen Leistungsträger weiterzuleiten. § 7a Abs. 2 SGB XI hat insoweit lediglich klarstellende Funktion und gilt neben § 16 SGB I.

Die zuständige Pflege- bzw. Krankenkasse, an die der jeweilige Leistungsantrag weitergeleitet wird, ist verpflichtet, den Leistungsbescheid unverzüglich dem Leistungsberechtigten und zeit-

gleich der Pflegeberatung zuzuleiten (Abs. 2 Satz 3). Die Regelung ist vor allem für den Fall relevant, dass Pflegeberatung und zuständige Pflegekasse auseinanderfallen. Dieser Fall kann insbesondere bei der Ansiedlung der Pflegeberatung in den Pflegestützpunkten eintreten. Auch im Hinblick auf die Leistungen der Krankenkasse ist ein Auseinanderfallen der Zuständigkeit der Pflegeberatung und der Krankenkassen immanent, weil die Pflegeberatung bei den Pflegekassen angesiedelt ist. Für die Leistungen der Pflegekasse kommt es darauf an, ob die Pflegeberatung im Rahmen der Organisation der Pflegekasse auch zur Entscheidung berufen ist. Wird ein Antrag auf Leistungen der Pflege- oder Krankenkasse über die Pflegeberatung gestellt, wird der Leistungsbescheid immer auch der Pflegeberatung zugeleitet. Mit der Antragstellung des Leistungsberechtigten über die Pflegeberatung ist daher immer auch eine Einschränkung des informellen Selbstbestimmungsrechts (Art. 1 u. 2 GG) verbunden. Der Leistungsberechtigte verliert sein Recht, selbst darüber zu entscheiden, ob die Pflegeberatung als Verfahrensunbeteiligte über die Entscheidung über die gestellten Leistungsanträge informiert werden soll. Die Pflegeberatung hat daher den Leistungsberechtigten über die datenschutzrechtlichen Folgen der Antragstellung über die Pflegeberatung aufzuklären und eine Einwilligung i.S.v. § 67b SGB X einzuholen. Stellt der Leistungsberechtigte Anträge auf Leistungen nach dem Fünften und Elften Buch des Sozialgesetzbuches nicht über die Pflegeberatung, sondern selbst bei dem zuständigen Leistungsträger, ist eine Information der Pflegeberatung i.d.R. nicht zulässig. Da die Zuleitung des Bescheides an die Pflegeberatung von der Weiterleitung des Antrags durch die Pflegeberatung abhängig gemacht wurde, darf die Pflegeberatung nicht informiert werden, wenn diese Voraussetzung nicht erfüllt ist oder die Zuleitung vom Leistungsberechtigten nicht ausdrücklich gewünscht wird und insoweit eine Einwilligung i.S.v. § 67 b SGB X erteilt hat. Aufgrund der mit der Weiterleitung verbundenen Einschränkung des informationellen Selbstbestimmungsrechts bezieht sich die Beratungspflicht der Pflegeberatung auch auf die Tatsache der Einschränkung des informationellen Selbstbestimmungsrechts.

9.14 Zur Qualifikation der PflegeberaterInnen (Abs. 3)

Die PflegeberaterInnen erhalten nach der Pflegereform eine entscheidende Rolle im Leistungssystem. Sie müssen nicht nur über Leistungen des Elften Buches, sondern auch über alle anderen Leistungen, die für Leistungsberechtigte mit Pflegebedarf relevant sein könnten, kompetent informieren, beraten und Empfehlungen zusammenstellen. Die Anforderungen und Erwartungen an die PflegeberaterInnen und sind daher sehr groß. Um diesen Anforderungen gerecht werden zu können, stellt der Gesetzgeber zum einen konkrete Forderungen an die Basisqualifikation der PflegeberaterInnen und verlangt zum anderen eine Empfehlung des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen zu der erforderlichen Anzahl und Qualifikation. Der Wortlaut des Gesetzes sieht vor, dass die Anzahl von PflegeberaterInnen so zu bemessen ist, dass die Aufgaben nach Abs. 1 im Interesse der Hilfesuchenden zeitnah und umfassend wahrgenommen werden können. Zur erforderlichen Anzahl hat der Spitzenverband Bund der Pflegekassen innerhalb der gesetzten Frist Empfehlungen abgeben. Der Gesetzestext hat nach der Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestages mit Ausnahme der Erwartung von Empfehlungen statt Richtlinien von dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen keine Änderung mehr erfah-

ren. In der Gesetzesbegründung (BT-Drs. 16/7439 S. 48) wird die Erwartung formuliert, „dass Pflegeberater und Pflegeberaterinnen in so ausreichender Anzahl zur Verfügung stehen, dass die Zielsetzung der Vorschrift erreicht wird.“ Dabei soll den Hilfesuchenden eine auf sie zugeschnittene Beratung und Unterstützung bei der Auswahl, Inanspruchnahme und Abwicklung von Hilfeleistungen zeitnah und umfänglich zur Verfügung stehen. Die Festlegung einer konkreten Anzahl durch die Pflegeberatung zu betreuenden Leistungsberechtigten vermeidet der Gesetzgeber in der Vorschrift. Lediglich in der Gesetzesbegründung (BT-Drs. 16/7439 S. 48) weist er auf einen Betreuungsschlüssel von etwa 100 zu betreuenden pflegebedürftigen Menschen pro Berater hin. Diese Betreuungsrelation orientiert sich an internationalen Vorbildern und erscheint nach Auffassung des Gesetzgebers auch nach bisherigen Erfahrungen auskömmlich, weil nicht alle Pflegebedürftigen eine intensive Beratung und Unterstützung im Sinne eines umfassenden Fallmanagements benötigen. Letztendlich überlässt er aber dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen, hier konkreter zu werden. Selbst wenn sich der Spitzenverband Bund der Pflegekassen an den Überlegungen des Gesetzgebers orientiert, ist fraglich, ob das Verhältnis von 1 zu 100 ausreichend ist, um dem komplexen Beratungs- und Begleitungsaufwand, den eine fachlich fundierte Pflegeberatung auslöst, nachzukommen.

In der Regelung wird verlangt, dass die Pflegekassen für die persönliche Beratung und Betreuung durch Pflegeberater und Pflegeberaterinnen entsprechend qualifiziertes Personal einsetzt, insbesondere Pflegefachkräfte, Sozialversicherungsfachangestellte oder Sozialarbeiter mit der jeweils erforderlichen Zusatzqualifikation. Ziel des Gesetzgebers ist die Sicherstellung einer qualifizierten Beratung. Dafür ist Beratungspersonal erforderlich, das sowohl über sozialrechtliche Kenntnisse als auch über z.B. pflegefachliche Kenntnisse verfügt. Dieses Personal kann von den Kranken- und Pflegekassen, aber auch von den Leistungserbringern kommen. Wegen des hohen Personalbedarfs wird weiteres Personal erforderlich sein, als es bisher in den Kranken- und Pflegekassen zur Verfügung steht. Als Erstausbildung kommen neben einer Ausbildung nach dem Altenpflegegesetz auch Ausbildungen nach dem Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege mit Berufserfahrung in dem erlernten Ausbildungsberuf in Frage. Sozialrechtliche Kenntnisse werden neben ausreichenden pflegerisch-medizinischen Kenntnissen in Anbetracht der häufig komplexen leistungsrechtlichen Problemlagen generell unerlässlich sein. Der Gesetzestext zählt als Grundqualifikationen Pflegefachkräfte, Sozialversicherungsfachangestellte und Sozialarbeiter auf. Die Aufzählung der Grundqualifikationen ist aber nicht abschließend. Es oblag dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen, innerhalb der gesetzten Frist Empfehlungen zu den notwendigen Anforderung zur Qualifikation der PflegeberaterInnen abzugeben.

Neben der Basisqualifikation verlangt der Gesetzgeber für die Pflegeberatung nicht näher spezifizierte Zusatzqualifikationen. Die Qualifikationsanforderungen, zu deren Formulierung der Spitzenverband Bund der Pflegekassen verpflichtet wurde, müssen erst zum 30. Juni 2011 erfüllt sein. Als Zusatzqualifikationen sind nach Auffassung des Gesetzgebers Weiterbildungen oder (berufsbegleitende) Studiengänge denkbar. (vgl. auch zum Nachfolgenden BT-Drs. 16/7439 S. 48). Als Orientierungshilfe für Weiterbildungsstandards sollen laut Gesetzesbegründung beispielsweise die Standards- und Richtlinien für die Weiterbildung: „Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen und in der Beschäftigungsförderung“ vom 29. Januar 2003, geändert am 22. Dezember 2004, der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit in Kooperation mit dem Deutschen Berufsverband für soziale Arbeit und dem Deutschen Berufsverband für

Pflegeberufe in Betracht kommen können. Die Ausgestaltung im Einzelnen wird dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen überlassen, der dazu Empfehlungen abgeben soll.

Durch die Forderungen von Zusatzqualifikation werden nochmals die besonderen Anforderungen an die Pflegeberatung deutlich, die ein umfassendes Wissen über das System der Sozialversicherung, des Sozialrechts und der Sachleistungen im Einzelnen benötigt, um den an sie herangetragenen Aufgaben überhaupt gerecht werden zu können. Die Festlegung der erforderlichen Qualifikationen kann der Spitzenverband Bund ohne Einbeziehung der im Bereich der Pflege aktiven Organisationen und Personen festlegen. Mangels konkreter Verfahrensvorgaben im Gesetz ist ebenfalls nicht sichergestellt, dass die unterschiedlichen Perspektiven, die eine Pflegeberatung zur Durchführung ihrer Aufgaben einnehmen muss, bereits in der Konzeption der Zusatzqualifikation eingebracht werden können. Es steht dem Spitzenverband Bund aber frei, innerhalb der gesetzlichen Fristen auf die Wohlfahrtsverbände, Selbsthilfegruppen, Berufsverbände und anderen im Bereich der Pflege aktiven Personen zuzugehen, um ein möglichst umfassendes Konzept entwickeln zu können.

9.15 Sicherstellung der Pflegeberatung in den Pflegestützpunkten (Abs. 4)

Die Sicherstellung der Pflegeberatung in den Pflegestützpunkten war bereits ein mit dem RegE verfolgtes Kernanliegen der Pflegereform und von Anfang an vorgesehen. Nachdem die Einrichtung der Pflegestützpunkte nach der Anhörung der Sachverständigen im Gesundheitsausschuss des Bundestages in der jetzt vorliegenden Gesetzesfassung von der jeweiligen Entscheidung der Bundesländer abhängig gemacht worden ist, wurde die Abstimmung der Pflegekassen zur Bereitstellung von Pflegeberatern nur noch für die Pflegestützpunkte vorgesehen (s. Abs. 1 Satz 10). Im Übrigen kann jede Pflegekasse ihr eigenes Konzept verfolgen. Auch wenn eine Kooperationsverpflichtung für die Pflegekassen nur für Pflegeberatung in Pflegestützpunkten vorgesehen ist, können Kooperationsformen zwischen den Pflegekassen auch entwickelt werden, wenn in einem Bundesland keine Pflegestützpunkte eingerichtet werden (BT-Drs. 16/8525, S. 129). Grundsätzlich wird damit dem Selbstverwaltungsrecht der Pflegekassen Rechnung getragen, die als Versicherungsgeber das Recht haben, über die Leistungsbewilligung und -gewährung im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben autonom zu entscheiden.

Die Pflegekassen im Land sollen – die Einrichtung von Pflegestützpunkten nach Landesentscheid vorausgesetzt – PflegeberaterInnen zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen Aufgabenwahrnehmung in den Pflegestützpunkten nach Anzahl und örtlicher Zuständigkeit aufeinander abgestimmt bereitstellen und hierüber einheitlich und gemeinsam Vereinbarungen innerhalb der gesetzten Frist treffen. Bei den Pflegekassen im Land handelt es sich um alle gesetzlichen Pflegekassen, die Leistungen der Pflegeversicherungen in dem Bundesland anbieten. Die im Land tätigen Pflegekassen werden verpflichtet, die Anzahl und örtliche Zuständigkeit der Pflegeberatung in den Pflegestützpunkten aufeinander abzustimmen (zur Definition der Pflegestützpunkte wird auf § 92c SGB XI verwiesen). In diesen Pflegestützpunkten ist gem. § 7a Abs. 1 Satz 10 SGB XI grundsätzlich eine Pflegeberatung vorzuhalten. Die Verpflichtung zur Vorhaltung einer

Allgemeinverfügung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten in Nordrhein-Westfalen

Allgemeinverfügung des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen vom 28. April 2009 – V1-4900.2.4 –

Gemäß § 92c Abs. 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) vom 26. Mai 1994 (BGBI. I S. 1014), zuletzt geändert durch Artikel 1 und 2 des Gesetzes vom 28. Mai 2008 (BGBL. I S. 874), wird hiermit für Nordrhein-Westfalen bestimmt, dass die Pflegekassen und Krankenkassen Pflegestützpunkte zur wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung der Versicherten nach Maßgabe der Rahmenvereinbarung zur Errichtung von Pflegestützpunkten vom 27. Februar 2009 einrichten.

Hinweise zur Bestimmung

Für die Einrichtung der Pflegestützpunkte ist die zwischen den Landesverbänden der Pflege- und Krankenkassen, den kommunalen Spitzenverbänden Nordrhein-Westfalen und dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen geschlossene Rahmenvereinbarung gem. § 92c Abs. 8 SGB XI verbindlich. Zur Erleichterung des Verwaltungsverfahrens führt auf Kassenseite der jeweils federführende Landesverband der Pflegekassen die Verhandlungen zur Einrichtung eines Pflegestützpunktes (Stützpunktvertrag).

Bei der Einrichtung von Pflegestützpunkten ist gemäß § 92c Abs. 2 Satz 3 SGB XI auf vorhandene vernetzte Beratungsstrukturen zurückzugreifen. Vorhandene vernetzte Beratungsstrukturen in diesem Sinne sind in Nordrhein-Westfalen die von den Kommunen getragenen Angebote zur kommunalen Pflegeberatung gem. § 4 PfG NRW und die bei den Pflegekassen bestehenden Beratungsangebote gemäß §§ 7, 7a SGB XI.

Pflegestützpunkte können ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Allgemeinverfügung entsprechend der Rahmenvereinbarung nur als gemeinsame Pflegestützpunkte von Kassen und Kommunen in den Kreisen und kreisfreien Städten des Landes Nordrhein-Westfalens eingerichtet werden. Bereits in der Start- und Erprobungsphase der Pflegestützpunkte in Nordrhein-Westfalen ist eine gemeinsame Personalausstattung durch Kassen und Kommunen im Stützpunkt vorzusehen; diese sollte in Anbetracht der nur begrenzt zur Verfügung stehenden Personalressourcen zumindest in den Kernzeiten vorgehalten werden. Es besteht keine Verpflichtung zur Einrichtung von Pflegestützpunkten. Wenn gemeinsame Pflegestützpunkte eingerichtet werden, sind die Vorgaben der Rahmenvereinbarung über die Einrichtung von Pflegestützpunkten in Nordrhein-Westfalen zwischen MAGS, Kranken- und Pflegekassen sowie den kommunalen Spitzenverbänden des Landes Nordrhein-Westfalen zu erfüllen.

Zur Arbeitserleichterung sowie Vereinheitlichung des Verwaltungsverfahrens zur Akkreditierung als „Pflegestützpunkt Nordrhein Westfalen“ sowie zur Beantragung der Anschubfinanzierung beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird auf die landeseinheitliche Arbeitshilfe hingewiesen, die Mindestvertragsbestandteile für einen Stützpunktvertrag enthält.

Sofortige Vollziehung

Gemäß § 92c Abs. 1 Satz 5 SGB XI haben Widerspruch und Anfechtungsklage gegen Maßnahmen der Aufsichtsbehörden zur Einrichtung von Pflegestützpunkten keine aufschiebende Wirkung.

Inkrafttreten

Diese Allgemeinverfügung tritt am Tag nach ihrer Veröffentlichung in Kraft.

Die Allgemeinverfügung und ihre Begründung können eingesehen werden im Dienstgebäude des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Fürstenwall 25, 40219 Düsseldorf. Die Rahmenvereinbarung und die Arbeitshilfe „Stützpunktvertrag“ stehen unter www.mags.nrw.de zum download bereit.

Rechtsmittelbelehrung

Gegen diese Allgemeinverfügung kann innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe Klage beim Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen, Zweigertstraße 54, 45130 Essen, schriftlich oder zur Niederschrift der Urkundsbeamtin oder des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle erhoben werden.

Die Klage muss die Klägerin oder den Kläger, die Beklagte oder den Beklagten sowie den Gegenstand des Klagebegehrens bezeichnen. Sie soll einen bestimmten Antrag enthalten und von der Klägerin oder dem Kläger oder einer zu deren oder dessen Vertretung befugten Person mit Orts- und Zeitangabe unterzeichnet sein. Die zur Begründung dienenden Tatsachen und Beweismittel sollen angegeben werden; die angefochtene Verfügung soll in Urschrift oder in Abschrift beigefügt werden.

Gezeichnet

Ullrich Kinstner – Ministerialdirigent

Begründung der Allgemeinverfügung:

Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom 28. Mai 2008 (BGBL. I S. 874) sieht mit dem neuen § 92c SGB XI die Einrichtung von Pflegestützpunkten zur wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung der Versicherten durch die Pflegekassen und Krankenkassen vor, sofern die zuständige oberste Landesbehörde dies bestimmt.

Von dieser Option soll mit dieser Allgemeinverfügung für das Land Nordrhein-Westfalen Gebrauch gemacht werden.

Eine umfassende Beratung, Betreuung und Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen soll sichergestellt werden. Mit dem Aufbau von wohnortnahen und flächendeckenden Pflegestützpunkten wird die trägerübergreifende Zusammenarbeit gefördert. Pflegestützpunkte tragen zudem dazu bei, die Teilhabe von Menschen mit Pflegebedarf an der Gesellschaft zu stärken und neues bürgerschaftliches Engagement zu ermöglichen.

Neben der Verbesserung der Versorgungsqualität und der Versorgungskontinuität wird auch die Wirtschaftlichkeit des Gesamtversorgungssystems durch Vermeidung von Fehl-, Unter- und Überversorgung sowie durch eine enge Vernetzung der verschiedenen Versorgungssysteme gesteigert. Damit geht eine effizientere Beratungstätigkeit als bislang bei allen an der Stützpunktarbeit beteiligten Trägern einher.

§ 92c Abs. 2 Satz 2 und 3 SGB XI verpflichtet die Pflegekassen und Krankenkassen, bei der Einrichtung von Pflegestützpunkten, auf vorhandene vernetzte Strukturen zurückzugreifen. In Nordrhein-Westfalen besteht ein entsprechendes Beratungssystem mit den kommunalen Beratungsstellen nach § 4 PfG NRW.

Zur Konkretisierung und zur landeseinheitlichen Umsetzung dieser bundesrechtlichen Vorgabe haben die Landesverbände der Pflege- und Krankenkassen, die kommunalen Spitzenverbände Nordrhein-Westfalen und das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen eine dreiseitige Rahmenvereinbarung gem. 92c Abs. 8 SGB XI geschlossen, die mit dieser Allgemeinverfügung für unmittelbar verbindlich bei der Errichtung der Pflegestützpunkte erklärt wird.

Pflegeberatung in den Pflegestützpunkten könnte aber dazu führen, dass jede im Land tätige Pflegekasse eine eigene Pflegeberatung für jeden Pflegestützpunkt bereitstellen muss, die dann ggf. nicht ausgelastet wäre. Um diese unwirtschaftliche Praxis von vorneherein zu verhindern, verlangt Absatz 4 Satz 1 als lex specialis zu Abs. 1 Satz 10 (vgl. zu diesem Verhältnis schon Abschn. 9.8), dass sich die Pflegekassen zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen Aufgabenwahrnehmung untereinander über die Anzahl und örtliche Zuständigkeit der Pflegeberatung in den Pflegestützpunkten abstimmen. Unter Abstimmung über die Anzahl der PflegeberaterInnen

ist eine gemeinsame Festlegung der Pflegekassen zu verstehen, wie viele PflegeberaterInnen in den Pflegestützpunkten und über das Land verteilt jeweils von den Pflegekassen vorgehalten werden. Gleichzeitig soll dabei die örtliche Zuständigkeit der Pflegeberatung in den Pflegestützpunkten bestimmt werden. Unter örtlicher Zuständigkeit ist dabei das Einzugsgebiet zu verstehen, für dass die Pflegeberatung des Pflegestützpunktes ihre Dienstleistung erbringen soll. Bei der Festlegung der Anzahl von Pflegeberatungen und der örtlichen Zuständigkeit sind die Grundsätze der wirtschaftlichen Aufgabenwahrnehmung zu berücksichtigen. Die Pflegekassen werden dadurch aufgefordert, sich auf bestimmte PflegeberaterInnen zu verständigen, die ggf. auch die Pflegeberatung für Pflegekassen durchführen, bei denen sie nicht angestellt sind. Ob eine solche Aufgabenverteilung innerhalb der Pflegekassen praktikabel und vor allem rechtlich zulässig ist, war in der Anhörung der Sachverständigen im Gesundheitsausschuss des Bundestages umstritten. Streitgegenstand war insbesondere, ob die damit inzident verbundene Vorgabe des Gesetzgebers zur Aufgabenübertragung der Pflegeberatung auf andere Pflegekassen einen Eingriff in das Selbstverwaltungsrecht der Pflegekassen beinhaltet und zu einer unzulässigen Mischverwaltung führt. Unter Hinweis auf die aktuelle Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 20.12.2007 (BVerfG Az.: 2 BvR 2433/04; 2 BvR 2434/04) zur Verfassungswidrigkeit der gemeinsamen Aufgabenwahrnehmung der Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende (Zweites Buch) in der Form von Arbeitsgemeinschaften wurde die verfassungsrechtliche Frage aufgeworfen, ob die Verpflichtung der Pflegekassen zur Vereinbarung einer Aufgabenübertragung bei der Pflegeberatung ebenfalls verfassungswidrig sei. Das wurde teilweise zumindest für den Fall bejaht, wenn mit der Übertragung der Pflegeberatung die Übertragung einer Entscheidungskompetenz verbunden ist. Folgt man letzterer Auffassung für die hier anfallenden Problemlagen, wäre die Verpflichtung der Pflegekassen zur Übertragung der Pflegeberatung auf PflegeberaterInnen anderer Pflegekassen verfassungswidrig, jedenfalls dann, wenn die Erstellung des Versorgungsplans abweichend von der hier vertretenen Meinung (s. dazu Abschn. 9.5) als Verwaltungsakt qualifiziert würde, weil damit eine Feststellungsentscheidung über den Leistungsbedarf des Leistungsberechtigten verbunden wäre. Im Sinne einer verfassungskonformen Auslegung wird die Aufforderung zur wirtschaftlichen Ausgestaltung der Pflegeberatung in den Pflegestützpunkten hier so verstanden, dass damit keine Verpflichtung zur Aufgabenübertragung gemeint ist, sondern lediglich auf allgemeine Prinzipien des wirtschaftlichen Handelns öffentlicher Körperschaften hingewiesen wird. Diese Auffassung wird auch durch Satz 4 gestützt, in der der Gesetzgeber entgegen dem RegE auf eine Verpflichtung zur Aufgabenübertragung innerhalb der Pflegekassen verzichtet und nur noch die entsprechende Möglichkeit eröffnet hat.

Die Pflegekassen können (nach Abs. 4 Satz 2 u. 3) den Abschluss entsprechender Vereinbarungen auf die Landesverbände übertragen. Die Regelung sieht zunächst eine freiwillige Delegationsmöglichkeit der Verhandlungskompetenz auf die Landesverbände der Pflegekassen vor. Die Landesverbände werden automatisch zur Entscheidung berufen, wenn sich die im Land tätigen Pflegekassen nicht bis zum Ablauf der Verhandlungsfrist auf ein gemeinsames Vorgehen verständigen können. Abweichend zu der zuvor geregelten freiwilligen Delegationsbefugnis gibt der Gesetzgeber hier aber vor, wie das Entscheidungsgremium zusammengesetzt ist. Er verweist insoweit auf die entsprechende Anwendung von § 81 Abs. 1 Satz 2 SGB XI. Diese Regelung erhält nach dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz ab dem 1. Juli 2008 eine neue Fassung. Danach erfolgt die Beschlussfassung über den Inhalt der Verträge durch die Mehrheit der in § 52 Abs.1 Satz 1 SGB XI genannten Stellen. Die Beschlüsse werden danach durch drei

Vertreter der Ortskrankenkassen einschließlich der See-Krankenkasse und durch zwei Vertreter der Ersatzkassen sowie durch je einen Vertreter der weiteren Stellen gefasst.

Die Pflegekassen und die gesetzlichen Krankenkassen können nach Abs. 4 Satz 4 zur Aufgabenwahrnehmung durch PflegeberaterInnen von der Möglichkeit der Beauftragung nach Maßgabe der §§ 88 bis 92 des Zehnten Buches Gebrauch machen. Eine Verpflichtung zur gegenseitigen Beauftragung ist nicht mehr vorgesehen. Der Gesetzgeber reagiert damit auch auf die in der Anhörung von einigen Sachverständigen geäußerte Kritik an den in den Pflegestützpunkten ursprünglich vorgesehenen Mischverwaltungen. Fraglich ist aber, ob das Problem der unzulässigen Mischverwaltung in den Pflegestützpunkten damit abschließend gelöst werden konnte. Zwar wird eine Aufgabenübertragung für die Aufgabenwahrnehmung aller an den Pflegestützpunkten beteiligten Kosten- und Leistungsträger nicht mehr ausdrücklich vorgeschrieben. Zur Sicherstellung der wirtschaftlichen Aufgabenwahrnehmung der Pflegeberatung in den Pflegestützpunkten bleibt es aber bei der Aufforderung zur Übertragung der Aufgabenwahrnehmung, weil nicht jede Pflegekasse ihre eigene Pflegeberatung in die Pflegestützpunkte entsenden soll. Insoweit wird die Aufgabenübertragung nicht über Satz 4 sondern über Satz 1 erzwungen (wegen der einzelnen Folgen für mögliche verfassungsrechtliche Fragestellungen an diese Vorgabe und zur Möglichkeit einer verfassungskonformer Auslegung vgl. oben). Abs. 4 Satz 4 ermöglicht eine Aufgabenübertragung nur nach Maßgabe der §§ 88 bis 92 SGB X: Als Auftragnehmer kommen dabei gem. § 88 Abs. 1 Satz 1 SGB X nur andere Leistungsträger oder ihr Verband in Betracht. Weiter setzt die Aufgabenübertragung voraus, dass die Aufgabenübertragung wegen des sachlichen Zusammenhangs der Aufgaben von Auftraggeber und Beauftragten zur Durchführung der Aufgabe und im wohlverstandenen Interesse der Betroffenen zweckmäßig ist. Des Weiteren muss gem. § 88 Abs. 2 Satz 2 SGB X ein wesentlicher Teil des gesamten Aufgabenbereichs beim Auftraggeber verbleiben. Zudem sind die Regelungen zur Ausführung des Auftrags (§ 89 SGB X), zu den Anträgen und Widerspruch beim Auftrag (§ 90 SGB X), der Erstattung von Aufwendungen (§ 91 SGB X) und der Kündigung des Auftrags (§ 92 SGB X) zu berücksichtigen. Die Regelung schließt eine Aufgabenübertragung der Pflegeberatung auf Dritte nach Abs. 1 Satz 7 nicht aus (s. Abschn. 9.7).

Gemäß Satz 5 sind die durch die Tätigkeit von PflegeberaterInnen entstehenden Aufwendungen sind in Pflegestützpunkten (vgl. Abs. 4 Satz 1) von den Pflegekassen zu tragen und zur Hälfte auf die Verwaltungskostenpauschale nach § 46 Abs. 3 Satz 1 SGB XI anzurechnen. Zu den Aufwendungen der Tätigkeit der Pflegeberatung zählen neben Personalkosten auch die Aufwendungen für Betriebs- und Sachkosten. Laut Gesetzesbegründung sollen darüber hinaus die Kosten der Beauftragung anderer Pflegekassen zu den zu berücksichtigenden Aufwendungen zählen. Unberücksichtigt zu bleiben haben dagegen Aufwendungen für die Pflegeberatung im Auftrag anderer Pflegekassen, weil diese zu erstatten sind. Die Erstattungsbeträge können dann von den auftraggebenden Pflegekassen berücksichtigt werden. Im Gegensatz zur Finanzierung der Beratung und Aufklärung nach § 7 SGB XI werden die Aufwendungen für die Pflegeberatung nur zu 50% zu den Verwaltungs- und Personalkosten nach § 46 Absatz 3 SGB XI gezählt. Die Pflegekassen zahlen für die Verwaltungskosten einschließlich der Personalkosten, die den Krankenkassen nach dem Elften Buch entstehen, an die Krankenkassen 3,5 % des Mittelwertes von Leistungsaufwendungen und Beitragseinnahmen.

(weiter S. 234)

Rahmenvereinbarung über die Einrichtung von Pflegestützpunkten in Nordrhein-Westfalen gemäß § 92c Abs. 8 SGB XI

Zwischen den Landesverbänden der Pflege- und Krankenkassen, […], den Ersatzkassen […], gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis gemäß § 212 Abs. 5 S. 6 SGB V: Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), vertreten durch den Leiter der Landesvertretung Nordrhein-Westfalen,

und

dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (nachfolgend MAGS genannt)

sowie

dem Landkreistag Nordrhein-Westfalen, dem Städtetag Nordrhein-Westfalen und dem Städte- und Gemeindebund Nordrhein-Westfalen (nachfolgend kommunale Spitzenverbände Nordrhein-Westfalen genannt)

Präambel

Beratung und Unterstützung sind wichtige Voraussetzungen für die Realisierung der Hilfsmaßnahmen, die pflegebedürftige Menschen und die sie pflegenden Angehörigen für eine gute Pflege benötigen. Sie können wesentlich dazu beitragen, dass die Leistungen zielgenauer nach dem konkreten individuellen Bedarf gewährt und die Fehlplatzierung von Ressourcen vermieden wird.

Die Einrichtung von Pflegestützpunkten gem. § 92c SGB XI eröffnet in Nordrhein-Westfalen grundsätzlich die Möglichkeit, die bereits bestehende gute Beratungs- und Unterstützungsstruktur im Interesse aller am Pflegemarkt Beteiligten weiter zu verbessern und Effizienzgewinne zu erzielen. Ziel ist es, bereits vorhandene finanzielle, fachliche und organisatorische Ressourcen so zu bündeln, dass sie optimal eingesetzt werden können. Pflegestützpunkte werden in Nordrhein-Westfalen deshalb als Effizienzsteigerungsmodell nach dem Erlass des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen auf der Grundlage der nachfolgenden Rahmenvereinbarung sukzessive im Jahr 2009 eingerichtet.

Die Pflege- und Krankenkassen sind mit dem Erlass des Landes zur Einrichtung von Pflegestützpunkten gem. § 92c SGB XI verpflichtet, in Nordrhein-Westfalen Pflegestützpunkte einzurichten. Dabei haben sie auf die Einbeziehung der nach Landesrecht zuständigen Stellen für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe und für die Gewährung der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII hinzuwirken und diese zu ermöglichen.

- Pflegestützpunkte haben einen Mehrwert für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen, weil ihnen Wege zu unterschiedlichen Ansprechpartnern dadurch erspart bleiben, dass sie die erforderlichen Beratungsleistungen nach den Sozialgesetzbüchern I, V, IX, XI und XII aus einer Hand erhalten.
- Der Nutzen für die Träger besteht darin, dass keine neuen und parallelen Strukturen aufgebaut werden, sondern bereits vorhandene und bewährte Strukturen bei der Einrichtung von Pflegestützpunkten berücksichtigt werden.
- Der Vorteil für die Kostenträger ergibt sich daraus, dass durch den sparsamen Einsatz von Versicherungsbeiträgen und/oder Steuergeldern eine wirtschaftlichere Erfüllung ihrer Verpflichtung zur Beratung und Unterstützung ermöglicht wird.
- Die Vernetzung und Optimierung bisher auf viele unterschiedliche Träger verteilter Beratungsangebote in diesem Sinne kann auch zur Entbürokratisierung des Beratungsgeschehens beitragen.

Als Voraussetzung des Erlasses zur Einrichtung von Pflegestützpunkten verständigen sich das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS), die Landesverbände der Pflege- und Krankenkassen und die kommunalen Spitzenverbände im Land auf nachfolgende Rahmenvereinbarung:

I. Allgemeine Grundsätze und Zielsetzungen

(1) Pflegestützpunkte werden zur Information und Beratung von Ratsuchenden von den Pflege- und Krankenkassen unter Beteiligung der Kreise und kreisfreien Städte eingerichtet. Die Vereinbarungspartner nach Satz 1 schließen für die jeweils konkrete Einrichtung der Pflegestützpunkte in den Kreisen und kreisfreien Städten Verträge (Stützpunktverträge). Die vertraglichen Vereinbarungen sollen ermöglichen, dass Pflegestützpunkte in räumlich-organisatorischer Anbindung an bestehende Angebote der Pflege-/Krankenkassen oder der Kommunen errichtet werden. Träger der Pflegestützpunkte sind Kommunen und Pflege-/Krankenkassen gemeinsam. Sie können aber auch gemeinsam Dritte beauftragen, wobei eine umfassende sowie unabhängige wettbewerbsneutrale Beratung sicherzustellen ist.

(2) In den Pflegestützpunkten arbeiten die MitarbeiterInnen der Pflege und Krankenkassen und der Kreise und kreisfreien Städte – insbesondere bei der Organisation komplexer Hilfearrangements – eng zusammen. Dies gilt insbesondere für die Vorbereitung und Umsetzung von Versorgungsplänen, für die unterschiedliche Kostenträger leistungspflichtig sind. Näheres, auch zur Sicherung der Anwesenheitskontinuität der Präsenzkräfte, regelt der Stützpunktvertrag.

(3) Die Mitarbeiter/-innen in den Pflegestützpunkten nehmen ihren Auftrag gem. § 92c Abs. 2 Satz 1 SGB XI unbeschadet der Leistungsentscheidungen der Pflege-/Krankenkassen sowie der Träger der Altenhilfe und der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII wahr. Näheres regelt Ziffer III. dieser Vereinbarung.

II. Bündelung und Vernetzung

(1) Die Träger der Pflegestützpunkte vereinbaren auf der Ebene der Kreise und kreisfreien Städte, wie bestehende Angebote der Wohnraumberatung, andere komplementäre Unterstützungsangebote und Beratung gem. § 4 Landespflegegesetz Nordrhein-Westfalen (PfG NW) in die Arbeit der Pflegestützpunkte eingebunden oder mit ihnen verbunden werden. Die vertraglichen Vereinbarungen werden zwischen den Kranken- und Pflegekassen (-Verbänden) sowie den Kreisen und kreisfreien Städten getroffen. Im Rahmen dieser Verhandlungen stellen die Kreise die Beteiligung der jeweils betroffenen kreisangehörigen Städte und Gemeinden sicher.

(2) Zur Effizienzsteigerung des örtlichen Netzwerkes und zur Sicherstellung der Zusammenarbeit mit den anderen an der Beratung und Unterstützung in den Kreisen und kreisfreien Städten Beteiligten sollen die Träger der Pflegestützpunkte Kooperationsvereinbarungen mit diesen schließen. Näheres regelt der Stützpunktvertrag. Die Zusammenarbeit der Pflegestützpunkte mit den Krankenhaussozialdiensten wird auf der Grundlage des § 3 PfG NW (Landespflegegesetz Nordrhein-Westfalen) auf Landesebene vereinbart.

(3) Zur besseren Erreichbarkeit der Pflegestützpunkte für die Ratsuchenden schalten die Träger der Pflegestützpunkte eine landesweit einheitliche Telefon-Servicenummer. Die weiteren Einzelheiten der praktischen Umsetzung werden zwischen den Vereinbarungspartnern gesondert geregelt.

(4) Die Aktivierung und Einbindung von Selbsthilfe, bürgerschaftlichem und ehrenamtlichen Engagement und die Einbeziehung niedrigschwelliger Hilfeangebote in den Wohnquartieren ist grundsätzlich sicherzustellen.

(5) Eine Kooperation der Pflegestützpunkte mit auf der Grundlage des Landespflegegesetzes Nordrhein-Westfalen eingerichteten örtlichen Pflegekonferenzen kann im Stützpunktvertrag geregelt werden.

III. Beratung und Leistungsentscheidung

(1) Die Aufgaben der Pflegestützpunkte gem. § 92c Abs. 2 SGB XI bestehen insbesondere darin, Ratsuchende unabhängig von der Zugehörigkeit zu einer Pflege-/ Krankenkasse und wettbewerbsneutral zu informieren, zu beraten und zu unterstützen.

(2) Die Mitarbeiter/-innen in den Pflegestützpunkten informieren, beraten und unterstützen Pflegebedürftige und ihre Angehörigen bei der Vorbereitung von Anträgen auf Leistungen bei den jeweiligen Leistungsträgern. Sie leiten die Anträge auf Leistungen unmittelbar an den zuständigen Leistungsträger weiter. Die Leistungs-

entscheidungen werden nicht im Pflegestützpunkt getroffen. Sie obliegen weiterhin den jeweils zuständigen Leistungsträgern.

(3) Die Beratung gem. § 7a SGB XI ist soweit wie möglich integraler Bestandteil der Arbeit von Pflegestützpunkten. Soweit im Einzelfall erforderlich, können hierzu Fallkonferenzen durchgeführt werden. Abschnitt I Abs. 2 Satz 2 gilt entsprechend.

(4) Die Beratung gem. § 7a SGB XI erfolgt durch die Pflegeberater/-innen der Pflege-/ Krankenkassen in enger Kooperation mit den für Altenhilfe und Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII verantwortlichen Mitarbeiter/-innen der jeweiligen Kommune, sofern die Kassen diese Aufgabe nicht ganz oder teilweise gem. § 7a Abs. 4 SGB XI in Verbindung mit §§ 88 bis 92 SGB X auf Dritte – dies können auch die Träger der Altenhilfe und der Hilfe zur Pflege sein – übertragen. Auch bei einer Aufgabenübertragung auf sonstige Dritte muss deren Pflegeberatung, insbesondere in den Fällen des Abs. 5, in enger Kooperation und Abstimmung mit den für Altenhilfe und Hilfe zur Pflege zuständigen Mitarbeiter/-innen der Kommunen sowie der Mitarbeiter/-innen der jeweils zuständigen Pflege-/Krankenkassen erfolgen. Auch hierzu können erforderlichenfalls Fallkonferenzen durchgeführt werden.

(5) Zur stärkeren Klientenorientierung wird die Arbeit der Pflegeberater/-innen grundsätzlich am Prinzip der zugehenden Beratung ausgerichtet.

IV. Zahl und Qualifikation der in den Pflegestützpunkten tätigen Mitarbeiter

(1) Die Pflegeberater/-innen im Sinne des § 7 a SGB XI benötigen zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben neben einer hohen sozialen und kommunikativen Kompetenz gleichzeitig grundlegende pflegerische, sozialfachliche und verwaltungsrechtliche Kenntnisse sowie Kenntnisse der pflegerischen und pflegeergänzenden Angebotsstruktur in den jeweiligen Kreisen und kreisfreien Städten. Darüber hinaus sind fundierte Kenntnisse im Case- und Care-Management unabdingbare Voraussetzung für die sachgerechte Wahrnehmung ihrer Aufgaben in den Pflegestützpunkten. Den Pflegeberater/-innen, die noch nicht über entsprechende Kenntnisse und Fähigkeiten verfügen, soll bis 30.06. 2011 unter Berücksichtigung der Rahmenvorgaben des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen (vom 29.08.2008 in der jeweils gültigen Fassung) die Möglichkeit zur Nachqualifizierung gegeben werden.

(2) Zur Sicherstellung der Erfüllung der Anforderungsprofile für die anderen Mitarbeiter/-innen in den Pflegestützpunkten verständigen sich die Unterzeichner dieser Vereinbarung darüber hinaus auf geeignete Kriterien zur Qualifikation der Mitarbeiter/-innen.

(3) Die erforderliche Zahl der Beschäftigten in den Pflegestützpunkten ergibt sich aus der Nachfrage der Ratsuchenden und dem mit der Qualität der Beratungs- und Unterstützungsbedarfe in Verbindung stehenden Aufwand. Hierzu wird zwischen den Trägern der Pflegestützpunkte im Stützpunktvertrag vereinbart, wie viele Pflegeberater/-innen und andere Mitarbeiter/-innen regelhaft in den Pflegestützpunkten eingesetzt werden. In der zweijährigen Start- und Erprobungsphase soll die regelhafte Personalausstattung (Präsenzkräfte) grundsätzlich aus zwei Vollzeitstellen bestehen. Näheres regelt der Stützpunktvertrag.

(4) Die Vereinbarungspartner vor Ort verständigen sich darüber, wie die öffentlich geförderten Wohnraumberatungsangebote in das Beratungsangebot der Pflegestützpunkte einbezogen werden können.

(5) Die Landesverbände der Pflegekassen verständigen sich untereinander darüber, ob und wie ein Kostenausgleich in den Fällen vorzunehmen ist, in denen Pflegekassen keine Mitarbeiter/-innen für die Pflegestützpunkte abstellen (kasseninterner Kostenausgleich). Sie verständigen sich darüber hinaus mit den Kommunen über einen angemessenen Kostenausgleich bei deren Beauftragung oder bei der gemeinsamen Beauftragung Dritter gemäß § 88 ff. SGB X.

V. Verfahren der Einrichtung

(1) Pflegestützpunkte gem. § 92 c SGB XI werden behindertengerecht und entsprechend den in dieser Vereinbarung enthaltenen Bestimmungen eingerichtet. Die Vereinbarungspartner arbeiten nach Maßgabe dieser Landesrahmenvereinbarung bei der Einrichtung der Pflegestützpunkte eng und vertrauensvoll zusammen. Sie wirken darauf hin, dass die zur Umsetzung dieser Vereinbarung notwendigen Abstimmungen in den Kreisen und kreisfreien Städten unmittelbar erfolgen.

(2) Die Federführung zur Organisation des Verfahrens zur Einrichtung von Pflegestützpunkten in den Kreisen und kreisfreien Städten obliegt grundsätzlich der Pflegekasse mit den meisten Pflegebedürftigen im jeweiligen Kreis oder in der jeweiligen kreisfreien Stadt.

(3) Pflegestützpunkte werden entsprechend der sich aus der Nachfrage nach Beratungs- und Unterstützungsleistungen von Ratsuchenden ergebenden Bedarfssituation errichtet. Um die Wirtschaftlichkeit der Arbeit von Pflegestützpunkten von vornherein zu sichern, Ressourcen optimal einzusetzen und gleichzeitig die stufenweise Einrichtung eines bedarfsgerechten Angebotes an Pflegestützpunkten in Teilschritten zu ermöglichen, ist die Aufbauphase wie folgt zu gestalten:

1. Vermeidung von Doppelstrukturen

Bei der Einrichtung von Pflegestützpunkten sind Doppel- oder Parallelstrukturen zu vermeiden. Deshalb ist es zur Umsetzung des Normzweckes des § 92c SGB XI auch schon in der Startphase zwingend erforderlich, bereits bestehende Beratungsangebote für das örtliche Gesamtkonzept zu berücksichtigen. Dies gilt sowohl für die personellen und fachlichen Ressourcen, als auch für die räumliche Anbindung sowie die Unterschiede zwischen Ballungsräumen und ländlichen Regionen. Die Bestimmungen zu II. Absatz 1 sind zu beachten.

2. Betrieb des Pflegestützpunktes

Die Träger des jeweiligen Pflegestützpunktes legen im Stützpunktvertrag unter Geschäftsführung der jeweils federführenden Kasse (vgl. V Abs. 2) auf der Grundlage dieser Vereinbarung spätestens sechs Monate nach deren Inkrafttreten die organisatorischen Voraussetzungen (räumliche Unterbringung, Bereitstellung von Personal, technische Ausstattung der Pflegestützpunkte, etc.) für die Einrichtung und für die Arbeit des Pflegestützpunktes im jeweiligen Kreis und bzw. der jeweiligen kreisfreien Stadt fest.

3. Start- und Erprobungsphase

Die Startphase beginnt je Pflegestützpunkt im Jahr 2009. Die Erprobungsphase endet am 31.12.2010. Die Erprobungsphase kann im Einvernehmen der Unterzeichner dieser Rahmenvereinbarung verlängert werden.

4. Zahl und Standorte der Pflegestützpunkte in der Erprobungsphase

„Um die in den Regionen bereits vorhandenen fachlichen Ressourcen zu bündeln und die bewährten Strukturen zu nutzen, werden Pflegestützpunkte bereits in der zweijährigen Start- und Erprobungsphase ausschließlich als gemeinsame Pflegestützpunkte der Pflege-/Krankenkassen und der Kommunen eingerichtet.

In dieser Phase werden grundsätzlich drei Pflegestützpunkte je Kreis bzw. kreisfreie Stadt eingerichtet. Dabei sollen einer in Anbindung an die räumlich/organisatorischen Strukturen der Kommunen und grundsätzlich zwei in räumlich/organisatorischer Anbindung an die Strukturen der Pflege-/Krankenkassen eingerichtet werden. Insbesondere in großflächig ländlich strukturierten Kommunen und in Ballungsräumen mit hoher Einwohnerzahl können bei Verständigung zwischen den jeweils betroffenen Kommunen und den Pflege-/Krankenkassen bereits in der Start- und Erprobungsphase mehr als drei Pflegestützpunkte eingerichtet werden. Hierbei soll der Anteil der Pflegebedürftigen in der Region entsprechend berücksichtigt werden. Im Hinblick auf die räumlich organisatorische Anbindung soll auch bei einer solchen Abweichung das Verhältnis von 2 (Pflege-/Krankenkassen) zu 1 (Kommunen) gewahrt werden.

Mit Ablauf des Jahres 2009 ziehen die Vereinbarungspartner eine erste Zwischenbilanz zur bestehenden Zahl und zum nachgewiesenen Bedarf an Pflegestützpunkten in den Regionen.

In der Start- und Erprobungsphase soll außerdem die Arbeit mobiler Pflegestützpunktes modellartig erprobt werden.

5. Gemeinsame Überprüfung

In der Start- und Erprobungsphase werden Erkenntnisse über die Arbeit der Pflegestützpunkte in den Kreisen und kreisfreien Städten gesammelt und in einem Bericht zusammengefasst. Dieser Bericht wird vom Landeszentrum für Pflegeberatung gem. VII. erstellt, den Vereinbarungspartnern vorgelegt und anschließend gemeinsam ausgewertet.

6. Weiterentwicklung

Auf der Grundlage des Berichtes entscheiden die Vereinbarungspartner einvernehmlich, ob und wie ggf. eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung des Angebots im Hinblick auf ihre Zahl sowie im Hinblick auf die Qualität des Angebotes an Pflegestützpunkten erfolgt.

7. Kooperation der Pflegestützpunkte mit den Demenz-Servicezentren

Die Pflegestützpunkte arbeiten eng und vertrauensvoll mit den Demenz-Servicezentren der Landesinitiative Demenz-Service zusammen. Über deren Anzahl, die für ihre Arbeit erforderlichen organisatorischen und fachlichen Voraussetzungen, ihre personelle Ausstattung etc. treffen das MAGS und die Pflegekassen auf Landesebene entsprechende Vereinbarungen.

VI. Finanzierung

(1) Die regelhafte Finanzierung der Pflegestützpunkte, ergibt sich aus den Bestimmungen in § 92c Abs. 4 SGB XI. Jeder Träger trägt seine Personalkosten selbst, es sei denn, es wird infolge einer Beauftragung ein Kostenausgleich vereinbart. Gleiches gilt für die Sachkosten der Pflegestützpunkte. Die Kosten der landesweit einheitlichen Telefon-Servicenummer nach Nr. II Abs. 3 dieser Vereinbarung werden von den Landesverbänden der Pflegekassen, den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Kommunen zu jeweils einem Drittel getragen.

(2) Für die Anschubfinanzierung gelten neben den in dieser Vereinbarung enthaltenen sonstigen Bestimmungen der § 92c Absätze 5 und 6 SGB XI sowie die Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem Bundesversicherungsamt über das Verfahren der Auszahlung und die Verwendung der Fördermittel zum Aufbau von Pflegestützpunkten nach § 92 c Abs. 6 Satz 3 SGB XI vom 07.Juli 2008 und die Hinweise des GKV-Spitzenverbandes zur Beantragung von Fördermitteln für Pflegestützpunkte (PSP) vom 07.Oktober 2008.

(3) Das Landeszentrum für Pflegeberatung gem. VII. dieser Vereinbarung nimmt die Anträge auf Anschubfinanzierung gem. § 92c Abs. 5 und 6 entgegen, prüft sie auf Vollständigkeit und Plausibilität und leitet sie anschließend an den Spitzenverband Bund der Pflegekassen weiter.

(4) Die Mittel der Anschubfinanzierung werden von den Trägern des jeweiligen Pflegestützpunktes unter der Federführung der Stelle beantragt, bei der der Pflegestützpunkt räumlich angebunden ist. Diese ist Zahlungsempfänger im Sinne des § 92 c Abs. 5 Satz 4 SGB XI. Sofern nicht der Zahlungsempfänger ausschließlich Träger der entstehenden Sachkosten ist, erfolgt die Aufteilung der Mittel für die Anschubfinanzierung auf die an der Arbeit des jeweiligen Pflegestützpunktes Beteiligten prospektiv nach dem anteiligen voraussichtlichen Aufwand der Beteiligten.

(5) Über die Finanzierung der Kosten der Demenz-Servicezentren, der Landesstelle für pflegende Angehörige und des Landeszentrums für Pflegeberatung verständigen sich MAGS und Landesverbände der Pflegekassen in gesonderten Vereinbarungen.

VII. Landeszentrum für Pflegeberatung

(1) Zur Beratung und Unterstützung beim Aufbau und bei der Weiterentwicklung von Pflegestützpunkten sowie zur Sicherung und Weiterentwicklung der fachlichen Arbeit der Demenz-Servicezentren und der Landesstelle für pflegende Angehörige richten das MAGS und die Landesverbände der Pflegekassen gemeinsam ein Landeszentrum für Pflegeberatung ein. Über die Organisation, die personelle Ausstattung und die damit in Verbindung stehenden Fragen der Finanzierung des Landeszentrums für Pflegeberatung entscheiden MAGS und Pflege-/Krankenkassen gemeinsam.

(2) Aufgabe des Landeszentrums für Pflegeberatung ist insbesondere die Unterstützung der Qualitätssicherung der Arbeit der Pflegestützpunkte. Bei Ausgestaltung und Umsetzung seiner Aufgaben sowie der Erstellung des gemeinsamen Evaluationsberichts nach Abschnitt V Abs. 3 Nr. 5, bei Prüfung und Weiterleitung der Anträge auf Anschubfinanzierung nach Abschnitt VI Abs. 3 und bei der Akkreditierung von Pflegestützpunkten nach Abschnitt VIII dieser Vereinbarung wirken die Vereinbarungspartner gleichberechtigt und einvernehmlich zusammen.

(3) Die Mitwirkung der ansonsten an der pflegerischen Versorgung in Nordrhein-Westfalen beteiligten Organisationen und Verbände an der Arbeit des Landeszentrums für Pflegeberatung erfolgt durch einen fachlichen Beirat. Die Entscheidung über die Aufgaben, Organisation und die Zusammensetzung des fachlichen Beirats treffen die Unterzeichner dieser Vereinbarung gemeinsam.

VIII. Akkreditierung von Pflegestützpunkten

(1) Im Rahmen der Beantragung der Anschubfinanzierung nach VI. (3) dieser Vereinbarung erhalten die Träger vom Landeszentrum für Pflegeberatung eine Bestätigung über die Weiterleitung der vollständigen und plausiblen Antragsunterlagen an den Spitzenverband Bund der Pflegekassen.

(2) Auch unabhängig von einer Beantragung der Anschubfinanzierung erhalten Träger, die die Voraussetzungen dieser Rahmenvereinbarung erfüllen, hierüber eine Bestätigung des Landeszentrums für Pflegeberatung.

(3) Mit der Bestätigung i. S. d. Absätze 1 und 2 erfolgt die Akkreditierung als Pflegestützpunkt im Sinne dieser Rahmenvereinbarung. Hierdurch erwerben die Träger gleichzeitig das Recht, die Bezeichnung „Pflegestützpunkt Nordrhein-Westfalen“ unter Einbeziehung des Landeswappens zu führen und diese auch an dem Gebäude, in dem sich die Räumlichkeiten des Pflegestützpunktes befinden, kenntlich zu machen.

IX. Inkrafttreten / Kündigung

(1) Diese Vereinbarung tritt am 01.05.2009 in Kraft.

(2) Sie kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 3 Monaten zum Jahresende, frühestens zum 31.12.2010 gekündigt werden. Bis zum Inkrafttreten einer Anschlussvereinbarung gelten die Bestimmungen dieser Vereinbarung unverändert weiter.

Düsseldorf, den 27. Februar 2009

Die Unterzeichnenden

9.16 Pflegeberatung privater Pflichtversicherer (Abs. 5)

Durch die Ausgestaltung der Pflegeberatung als Leistungsanspruch gegen die Pflegekasse sollen nicht nur die gesetzlichen Pflegekassen zur Pflegeberatung verpflichtet werden, sondern auch alle privaten Anbieter von Pflege-Pflichtversicherungen. Ob für die Versicherungsnehmer privater Pflege-Pflichtversicherer dadurch tatsächlich ein Leistungsanspruch gegenüber ihrer Versicherung eingeräumt wurde, hängt von der Ausgestaltung des Versicherungsvertrages ab. Der Leistungsanspruch von Versicherungsnehmern privater Pflege-Pflichtversicherer ergibt sich nicht unmittelbar aus dem Gesetz, sondern aus dem Versicherungsvertrag, der die gesetzlichen Anforderungen erfüllen muss. Darin ist gem. § 23 Abs. 1 Satz 2 SGB XI nur ein Leistungsumfang der Leistungen nach dem Vierten Kapitel des Elften Buches sicherzustellen.

§ 7a SGB XI ist aber im Ersten Kapitel des Elften Buches angesiedelt. Fehlt eine Vertragsregelung, in der auch Leistungen anderer Kapitel des Elften Buches in den Leistungsumfang einbezogen werden, erstreckt sich die Leistungspflicht des privaten Versicherungsunternehmens jedenfalls nicht automatisch auch auf die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI. Gegebenenfalls ist der Versicherungsvertrag entsprechend nachzubessern, um dem Versicherungsnehmer auch den vom Gesetzgeber gewollten Anspruch auf Pflegeberatung einzuräumen. Der Gesetzgeber geht jedenfalls in der Gesetzesbegründung (vgl. BT-Drs. 16/7439 S. 49) davon aus, dass der Leistungsanspruch auch für Versicherungsnehmer privater Pflege-Pflichtversicherer besteht.

Die Vorschrift richtet sich an sogenannte Pflege-Pflichtversicherer, also private Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen. Gemeint sind damit Anbieter von Pflegeversicherungen, die von Personen in Anspruch genommen werden müssen, die entweder freiwillig gesetzlich krankenversichert und von der Versicherungspflicht in der Pflegeversicherung befreit worden sind (§ 22 SGB XI) oder bei privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind (§ 23 SGB XI). Die Anbieter solcher privater Pflege-Pflichtversicherungen haben sicherzustellen, dass die Vertragsleistungen nach Art und Umfang den Leistungen des Vierten Kapitels gleichwertig sind (§§ 22 Abs. 1 Satz 1, 23 Abs. 1 Satz 2 SGB XI).

Private Pflege-Pflichtversicherer können zur Durchführung der Pflegeberatung auf die PflegeberaterInnen der Pflegekassen zurückgreifen (Abs. 5 Satz 1 und 2). Zur Durchführung der Pflegeberatung durch die Pflegekassen wird aber eine vertragliche Vereinbarung mit den Pflegekassen über Art, Inhalt und Umfang der Inanspruchnahme sowie über die Vergütung der hierfür je Fall entstehenden Aufwendungen vorausgesetzt. Eine zeitliche Begrenzung, bis zu welchem Zeitpunkt entsprechende Vereinbarungen abzuschließen sind, ergibt sich aus dem Gesetzestext nicht. Die privaten Versicherungsunternehmen sind auch nicht verpflichtet, die Pflegeberatung der Pflegekassen in Anspruch zu nehmen. Nach den Vorstellungen des Gesetzgebers können sie die Pflegeberatung auch selbst durchführen. In der Anhörung der Sachverständigen im Gesundheitsausschuss des Bundestages zeichnete sich ab, dass jedenfalls nicht ausgeschlossen werden kann, dass die privaten Versicherungsunternehmen für ihre Versicherten ein eigenes Beratungssystem aufbauen könnten.

Ebenso besteht nach Abs. 5 Satz 3 die Möglichkeit, dass die privaten Versicherungsunternehmen untereinander Vereinbarungen zur Sicherstellung der Pflegeberatung abschließen, wenn Vereinbarungen mit den Pflegekassen nicht zustande kommen. Der Abschluss von Vereinbarungen ist auch hier nicht verbindlich vorgeschrieben, sondern steht im Ermessen des Versicherungsunternehmens. Das Versicherungsunternehmen ist frei, bei Vorliegen eines Leistungsanspruchs auf Pflegeberatung diesen selbst zu erfüllen.

9.17 Datenschutz (Abs. 6)

Die umfassende Pflegeberatung im Sinne eines Fallmanagements macht es erforderlich, dass von der Pflegeberatung – aber auch anderen beteiligten Leistungsträgern – Sozialdaten erhoben werden. Die Regelung bestimmt daher, welche Leistungsträger in den Sozialdatenaustausch einbezogen werden. Die Leistungsträger haben auf einen ausreichenden Schutz der erhobenen Sozialdaten zu achten (s. §§ 93 ff. SGB XI). Unabhängig von der Befugnis zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Sozialdaten gilt auch für die Pflegeberatung und die in der Vorschrift genannten Stellen, die generelle Regelung zum Schutz von Sozialgeheimnissen in § 35 des Ersten Buches. Erlaubt ist die Erhebung von Sozialdaten. Der hier verwendete Begriff der Sozialdaten entspricht dem in § 35 SGB I und § 67 SGB X verwendeten Begriff, die ihrerseits aus § 3 Abs. 1 BDSG übernommen sind, der von personenbezogenen Daten spricht (vgl. Krahmer in LPK-SGB I § 35 Rz 8). Personenbezogene Daten sind Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse einer bestimmten oder bestimmbaren natürlichen Person. Daten zu den persönlichen Verhältnissen betreffen z.B. Name, Geburtsdatum, Geburtsort, Anschrift, Familienstand, Konfession, Staatsangehörigkeit, Beruf, Gesundheitszustand, familiäre Verhältnisse, bisheriger Lebenslauf usw. Unter Sozialdaten über die sachlichen Verhältnisse werden z.B. Einkommen, Vermögen, etc. verstanden. Alle Formen der Sozialdaten könne für die Pflegeberatung relevant werden, weil die persönlichen wie sachlichen Verhältnisse des Leistungsberechtigten Auswirkungen auf seinen Unterstützungsbedarf und mögliche Leistungsansprüche hat. Für die Zwecke der Pflegeberatung dürfen Sozialdaten nur erhoben, verarbeitet und genutzt werden, soweit dies zur Erfüllung der Aufgaben nach diesem Buch erforderlich oder durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuches oder Regelungen des Versicherungsvertrags- oder des Versicherungsaufsichtsgesetzes angeordnet oder erlaubt ist. Bei den Begriffen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Sozialdaten handelt es sich um dem allgemeinen Datenschutzrecht entnommene Fachbegriffe. Unter Erhebung von Sozialdaten wird die Beschaffung von Daten, unter Verarbeitung das Speichern, Verändern, Übermitteln, Sperren und Löschen von Daten und unter Nutzung jede anderweitige Verwendung von Daten einschließlich ihrer Weitergabe verstanden. (vgl. Krahmer in LPK-SGB I § 35 Rz 10). Die Befugnis zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Sozialdaten ist allerdings durch den Zweck begrenzt. Die Vorschrift lässt dies nur zu, soweit dies zur Erfüllung der Aufgaben nach diesem Buch erforderlich oder durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuches oder Regelungen des Versicherungsvertrags- oder des Versicherungsaufsichtsgesetzes angeordnet oder erlaubt ist. Mit der Formulierung zur Erfüllung der Aufgaben nach diesem Buch wird nicht nur die notwendige Datenerfassung für die Durchführung der Pflegeberatung, sondern auch für die Gewährung aller übrigen Leistungen nach dem SGB XI gerechtfertigt. Mögliche andere Normen zur Rechtfertigung des Ein-

griffs in das informationelle Selbstbestimmungsrecht sind z.B. § 35 SGB I, § 67 SGB X, §§ 61 ff. SGB VIII usw.

Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Sozialdaten zum Zweck der Pflegeberatung ist nicht nur den PflegeberaterInnen, sondern darüber auch anderen potenziellen Leistungsträgern, Leistungserbringern und ehrenamtlichen Helfern ermöglicht worden. Dazu gehören

- die nach Landesrecht für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe und für die Gewährung der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch zu bestimmende Stellen,
- Unternehmen der privaten Kranken- und Pflegeversicherung,
- Pflegeeinrichtungen und Einzelpersonen nach § 77 SGB XI,
- Mitglieder von Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereit Personen und Organisationen sowie
- Agenturen für Arbeit und Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende.

Unter Einzelpersonen nach § 77 SGB XI sind Pflegekräfte zu verstehen, die nicht mit dem Leistungsberechtigten verwandt sind und zur Sicherstellung der häuslichen Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung von den Pflegekassen beauftragt worden sind (wegen der Einzelheiten zur Beschreibung des Personenkreises s. die Erl. zu § 77 in LPK-SGB XI). Inwieweit Einzelpersonen § 77 von dieser Befugnis Gebrauch machen können, bleibt abzuwarten. Da sie selbst in ihrer Funktion als häusliche Pflegekraft i.d.R. keine Pflegeberatung durchführen, kann eine Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung nur dann gerechtfertigt sein, wenn sie der Erfüllung der Aufgabe der Pflegeberatung dient. Zu den Mitgliedern von Selbsthilfegruppen, ehrenamtliche und sonstige zum bürgerschaftlichen Engagement bereiten Personen und Organisationen gehören alle, Personen oder Personengruppen, die sich unentgeltlich oder professionell der Pflege, Betreuung und Versorgung von Menschen widmen oder sie begleiten. Die Regelung entbindet laut Gesetzesbegründung auch bei Vorliegen aller Voraussetzungen nicht, die Einwilligung der Pflegebedürftigen bzw. ihrer gesetzlichen Vertreter einzuholen und auf die Möglichkeit des jederzeitigen Widerrufs hinzuweisen (BT-Drs. 16/7439 S. 49). Ebenfalls kann sie keine Grundlage zur Befugnis der Weitergabe anvertrauter Daten darstellen, weil für diese nach § 76 SGB X eine besondere Einschränkung der Übermittlung gilt.

9.18 Evaluation (Abs. 7)

Das Gesetz sieht vor, dass über die Erfahrungen mit der Pflegeberatung vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen bis zum 30. Juni 2011 ein unter wissenschaftlicher Begleitung zu erstellender Bericht vorgelegt wird. Dazu kann der Spitzenverband Bund der Pflegekassen Mittel nach § 8 Absatz 3 SGB XI einsetzen. Der Gesetzgeber betrachtet die Regelung des § 7a SGB XI noch nicht als abgeschlossen, sondern erwartet auf der Grundlage von Praxiserfahrungen Hinweise für eine weitere Ausgestaltung der Pflegeberatung (BT-Drs. 16/7439, S. 49). Sein besonderes Interesse gilt dabei der Frage des erforderlichen und notwendigen Personaleinsatzes. Er folgt damit der modernen Gesetzgebungsmethodik, die eingeführte Regelungen im weiteren

Verlauf auf ihre Wirkung und Wirksamkeit prüft und ggf. weiterentwickelt. Um der Gefahr eines ggf. interessengeleiteten Berichts vorzubeugen, wird die wissenschaftliche Begleitung für die Erstellung des Berichts angeordnet.

Literatur

GARMS-HOMOLOVÁ, V. 2008: Damit Fallmanagement nicht verpufft. Forum Sozialstation Nr. 150. 20ff.

KLIE, THOMAS 2006: Wegweiser Pflegebudget. Forum Sozialstation Nr. 143. 34.

KLIE, THOMAS 2005: Das Persönliche Pflegebudget – ein Blick in die Zukunft der ambulanten Pflege? Bayerische Sozial Nr. 5. 3ff.

KLIE, THOMAS / KRAHMER, UTZ (Hrsg.) 2009: Soziale Pflegeversicherung. Lehr- und Praxis-kommentar (LPK-SGB XI), 3. Aufl., Baden-Baden.

KLIE, THOMAS / MONZER, MICHAEL 2008: Casemanagement in der Pflege. Die Aufgabe personen- und familienbezogener Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit und ihre Realisierung in der Reform der Pflegeversicherung, Gerontol Geriat, Heft 2. 91ff.

KRAHMER, UTZ 2003: Die Beratungspflicht der Pflegekassen nach § 7 SGB XI. ZFSH/SGB. 271.

KRAHMER, UTZ / STÄHLER, THOMAS 2003: Sozialdatenschutz nach SGB I und X. Einführung und Kommentar mit Schaubildern. Datenschutznormen, 2. Aufl., Köln u.a.

NEUFFER, MANFRED 2007: Stichwort „Case Management“, in: DEUTSCHER VEREIN FÜR ÖFFENTLICHE UND PRIVATE FÜRSORGE (Hrsg.), Fachlexikon der Sozialen Arbeit, 6. Aufl., Baden-Baden.

NEUMANN, VOLKER 2007: Stichwort „Fallmanagement“, in: DEUTSCHER VEREIN FÜR ÖFFENTLICHE UND PRIVATE FÜRSORGE (Hrsg.), Fachlexikon der Sozialen Arbeit, 6. Aufl., Baden-Baden.

RÖBER, MARTINA 2008: Case Management braucht Kooperation. Forum Sozialstation Nr. 150. 16ff.

Autoren

Dr. Utz Krahmer ist Professor an der FH Düsseldorf, Fachbereich Sozial- und Kulturwissenschaften (FB 6), Universitätsstr. 1/ Geb. 24.21, 40225 Düsseldorf
email: utz.krahmer@fh-duesseldorf.de.

Marie-Luise Schiffer-Werneburg ist Rechtsanwältin in Brandenburg.

Friedrich Porz / Andreas Podeswik

10 Case Management in der Kinder- und Jugendmedizin

Qualitätsmanagement beim Aufbau und in der Begleitung von Nachsorgeeinrichtungen für schwer und chronisch kranke Kinder und Jugendliche am Beispiel des Bunten Kreises Augsburg

10.1 Das Nachsorgemodell Bunter Kreis

Eltern schwer oder chronisch kranker Kinder oder Eltern von Kindern, die einen schweren Unfall mit bleibenden Schäden erlitten haben, sind in der Regel unvorbereitet mit der Krankheit oder Behinderung ihres Kindes konfrontiert worden. Der Schock, ein behindertes oder krankes Kind zu haben, muss erst verarbeitet werden. Von den Eltern wird erwartet, dass sie sich den Anforderungen einer Krankenhausbehandlung anpassen und manchmal über eine sehr eingreifende Therapie entscheiden. Sie sollen langfristig eine Vielzahl von Betreuungselementen für ihr Kind selbstständig übernehmen und brauchen dazu Information, Beratung und Anleitung. Auch ihr persönliches Umfeld verändert sich in Folge der Erkrankung des Kindes. Die gesunden Geschwister leiden oft im Schatten ihres kranken Geschwisters, denn sie erhalten weniger Aufmerksamkeit und weniger emotionale Zuwendung, weil die überforderten Eltern mit sich selbst beschäftigt sind, oder sie müssen zurückstehen, wenn die Eltern den Patienten besuchen. Die Erkrankung des Kindes führt zu einer Zerreißprobe für die gesamte Familie, längere Krankenhausaufenthalte verschlimmern die Situation. Ziel muss also eine möglichst frühe Entlassung des kranken Kindes sein.

Das Manko einer fehlenden Verbindung zwischen stationärer, rehabilitativer, häuslicher und ambulanter Versorgung wollten verantwortungsbewusste Mitarbeiter der Kinderklinik Augsburg nicht länger hinnehmen. Sie suchten Wege, die Kinder nach der klinischen Akutversorgung so schnell wie möglich ins gewohnte Umfeld zurückzubringen, ohne dabei ein medizinisches Risiko einzugehen.

1991 wurde beschlossen, die Idee einer familienorientierten Nachsorge konsequent weiterzuverfolgen. Kinderklinikpersonal, Klinikseelsorge und Eltern aus den Selbsthilfegruppen gründeten einen runden Tisch, aus dem 1992 die Arbeitsgemeinschaft „Förderkreis Kinderklinik Augsburg“ hervorging. Dessen Aufgabe war es, ein praxisfähiges Nachsorgekonzept für Familien mit chronisch, krebs- und schwerstkranken Kindern im Einzugsgebiet der Kinderklinik Augsburg zu entwickeln.

Um das Konzept in die Tat umzusetzen, gründeten 1994 Klinikmitarbeiter, Seelsorger und Elterninitiativen den „Verein zur Familiennachsorge – Bunter Kreis e.V.“.

Im gleichen Jahr wurde die erste Kinderkrankenschwester als Case Managerin eingestellt. Auf die erste Schwester folgten rasch weitere Mitarbeiter. Mittlerweile beschäftigt die Nachsorgeeinrichtung ca. 90 Fachkräfte aus den verschiedensten Berufsgruppen wie Kinderkrankenschwestern, Sozialpädagogen, Psychologen, Diätassistentinnen, Verwaltungsfachkräfte, Familientherapeuten, Kunst- und Musiktherapeuten und Seelsorger überwiegend in Teilzeit oder auf Honorarbasis (dies entspricht ca. 35 Vollzeitstellen). Pro Jahr können so ca. 400 Familien intensiver über längere Zeit begleitet und weitere ca. 1.000 Familien beraten werden.

10.1.1 Case Management in der Nachsorge

Die Kluft zwischen stationärer und ambulanter Medizin mit den dadurch bedingten Informationsverlusten, Mängeln in der Ressourcennutzung und der fehlenden Versorgungskontinuität steht den Bedürfnissen chronisch Kranker diametral entgegen. Die zahlreichen Leistungsangebote im ambulanten Bereich sind zersplittert und häufig wie in der Akutversorgung auf einzelne Probleme ausgerichtet. Meist müssen die Eltern aus dem unübersichtlichen Gesundheitsmarkt selbst die jeweils für ihre Bedürfnisse passenden Angebote aussuchen, ohne die Indikationen, den Leistungsumfang und die Qualität beurteilen zu können. Gemeinsame Ziele, Absprachen und Zielvereinbarungen fehlen. Vorhandene Ressourcen und präventive Potenziale in der Familie und im sozialen Umfeld bleiben häufig ungenutzt.

Notwendig ist also eine Behandlungs- und Versorgungsstrategie, bei der der Patient und seine Familie im Vordergrund stehen, die an einem gemeinsamen Ziel ausgerichtet sind und in der die Systeme in einer interdisziplinären und partnerschaftlichen Kooperation ineinander greifen.

Hier setzt Case Management an – als eine auf den jeweiligen Fall orientierte interdisziplinäre Koordination der Betreuung unabhängig von der fachlichen, hierarchischen oder institutionellen Zuordnung (Porz et al. 2009).

Übertragen auf die Nachsorge im Bunten Kreis haben wir Case Management definiert als

> *„Eine am Bedarf und an den Bedürfnissen der Familie orientierte Begleitung, Unterstützung und Vernetzung, die hilft, mit der Erkrankung des Kindes und den veränderten Lebensbedingungen der Familie zurecht zu kommen.“*

Den Eltern wird möglichst früh – schon während des Krankenhausaufenthalts – ein Hauptansprechpartner als Case Manager zur Seite gestellt. In der Regel ist dies eine Kinderkrankenschwester, es kann aber je nach Fall auch ein Sozialpädagoge, ein Psychologe, eine Diätassistentin oder eine andere Fachkraft sein.

Der Grundgedanke ist ein fallorientiertes Handeln. Im Gegensatz zum Disease Management oder Managed Care steht im Case-Management-Ansatz der Einzelfall, die einzelne Familie und ihre Bedürfnislage im Mittelpunkt. Darüber hinaus geht es um die komplexe Versorgung durch verschiedene Disziplinen und Sektoren, was eine Koordination und Steuerung der Anbieter um den Fall herum notwendig macht.

Die Aufgabe des Case Managers ist die bestmögliche und umfassende Informationsvermittlung und die Vernetzung mit weiteren Betreuungspartnern der Familie. Er gewährleistet, dass in der entscheidenden Anfangsphase die richtigen Weichen gestellt werden und organisiert in Absprache mit den Eltern die verschiedenen Helfer, die gemeinsam einen schützenden und unterstützenden Kreis um die betroffene Familie bilden.

Case Management im Sinne des Augsburger Modells will nicht eine zusätzliche Leistung etablieren, sondern bestehende Leistungsangebote zum Wohle der Patienten und ihrer Familie vermitteln und vernetzen. Sind Leistungsangebote regional nicht vorhanden, so wird geprüft, ob ein Aufbau möglich ist, ggf. unter dem Dach der Nachsorgeeinrichtung.

10.1.2 Inhalte des Augsburger Modells

Die Nachsorge nach dem Augsburger Modell erfolgt durch ein interdisziplinäres Team, bestehend aus Kinderkrankenschwestern, Sozialpädagogen, Psychologen und Kinderärzten. Je nach Bedarf der Patientenfamilie ist eine Profession der Hauptansprechpartner, es können jedoch auch mehrer Berufsgruppen eine Familie begleiten (interdisziplinäres Case Management). Die Absprache findet in den regelmäßigen Teamsitzungen statt.

10.1.2.1 Sozialmedizinische Nachsorge

Hierzu zählt die Vorbereitung der Entlassung und Vernetzung zu ambulanten Therapieeinrichtungen wie sozialpädiatrischen Zentren, der häuslichen Kinderkrankenpflege, aber auch Leistungen wie Beratung und Anleitung der Eltern zu Hause. Die sozialmedizinische Nachsorge wird von Fachkinderkrankenschwestern, Sozialpädagogen und Psychologen geleistet, die in Case Management qualifiziert sind. Oftmals entstammen sie entsprechend der Erkrankung des Kindes, aus den Bereichen der Kinderintensivstation, der Frühgeborenenstationen oder Onkologischen Station (Podeswik et al. 2009).

Als sehr effektiv und sinnvoll erwies sich die Tatsache, dass die im Bunten Kreis tätigen Mitarbeiter im Sinne einer Personalunion aus der Kinderklinik kommen. Ihr persönlicher Einsatz sowie das Wissen um offizielle Hierarchien und interne ungeschriebene Gesetze überwanden manche Vorbehalte gegen die neue Arbeit.

Die Nachsorgemitarbeiter werden zu Beginn ihrer Nachsorgetätigkeit für ihr neues Aufgabengebiet ausführlich geschult und weiterhin durch eine monatliche Supervision gestützt. Ihre Hauptttätigkeit ist nicht mehr die Pflege oder Kliniksozialarbeit, sondern die Koordination, Vernetzung und Beratung der Eltern, die auf eine Verbesserung der Bewältigungskompetenz, der Selbsthilfebereitschaft, der Selbststeuerungsfähigkeit und der Handlungstüchtigkeit ausgerichtet ist. Die vier Hauptziele sind:

- Sicherstellung der Behandlung,
- Abbau der elterlichen Belastung und Förderung der Ressourcen,
- Förderung der Problemlösungskompetenz und
- Förderung der Verantwortlichkeit für Gesundheit.

Die Eltern sollen durch ein richtiges Erkennen und Umsetzen von Pflegeerfordernissen eine höhere Kompetenz in der Versorgung ihres Kindes erreichen und eigene Lösungswege finden. Langfristiges Ziel der Nachsorge ist die Wiedereingliederung des Patienten in sein familiäres Umfeld.

Der Nachsorgemitarbeiter begleitet die Familie nach Hause, koordiniert, überwacht und hilft allein durch seine Präsenz. Insbesondere die Nachsorgeschwestern unterstützen den Aufbau eines unterstützend-erzieherischen Pflegesystems. Sie übernehmen selbst keine Grund- oder Behandlungspflege, sondern vermitteln ihr Wissen an ambulante Kinderkrankenschwestern oder Sozialstationen. Ihr Ziel ist, die Familie und die Helfer vor Ort kompetent zu machen und sich dann zurückzuziehen.

Des Weiteren schult der Nachsorgemitarbeiter Eltern und anderes Pflegepersonal im Umgang mit dem Patienten. Er begleitet die Familie nach der Entlassung nach Hause und ist in der ersten Phase oft vor Ort. Er bindet vorhandene Helfer mit ein und knüpft am Wohnort des Patienten ein Versorgungsnetz: zum niedergelassenen Kinderarzt, anderen Fachärzten oder Ambulanzen, Apotheken und Gesundheitshäusern, Rehaeinrichtungen, Frühförderstellen, Sozialpädiatrischen Zentren, Selbsthilfegruppen u. a.

Ein besonderer Teilbereich der Nachsorge ist die Vermittlung zur Ernährungsberatung und die Anleitung zu krankheitsspezifischer Diät beispielsweise bei Kindern mit Diabetes, anderen Stoffwechselerkrankungen oder Adipositas. Diätassistentinnen stellen bereits in der Kinderklinik Ernährungspläne zusammen und geben spezielle Kochkurse in der Schulungsküche des Nachsorgezentrums. Das Besondere ist aber die Diätberatung zu Hause, wo die Nachsorgemitarbeiterin, z.B. als Diätassistentin, praktische, auf die konkrete Situation abgestimmte Tipps geben kann, und die kontinuierliche Begleitung der Familien.

10.1.2.2 Regelleistung der gesetzlichen Krankenkassen

2004 wurde die sozialmedizinische Nachsorge eine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen (SGB V § 43,2). Seit 2008 ist sie eine Regelleistung. Anspruchsberechtigt sind chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, in Ausnahmefällen auch Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr. Nachsorge beginnt in unmittelbarem Anschluss an eine Krankenhausbehandlung oder eine stationäre Rehabilitation und hat zum Ziel, stationäre Aufenthalte zu verkürzen und die anschließende ambulante ärztliche Behandlung zu sichern.

Sozialmedizinische Nachsorge umfasst die Analyse des Versorgungsbedarfs in der Klinik, die Koordinierung der verordneten Leistungen und die Motivation zur Inanspruchnahme verordneter Leistungen. Die Dauer beträgt maximal 20 Stunden mit Verlängerungen von bis zu zehn Stunden. Davon müssen mindestens drei Stunden in der häuslichen Umgebung der Familie geleistet werden.

Die Indikation ergibt sich aus der Kombination von schweren Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit nach dem ICF sowie der Notwendigkeit eingreifender, komplexer Interventionen bei gleichzeitig erschwerter Organisation der erforderlichen Unterstützung oder im Finalstadium einer Erkrankung (VdAK 2008/2009).

10.1.2.3 Erste Stufe Behindertenhilfe

In Bayern gibt es die Möglichkeit, die sozialmedizinische Nachsorge durch die Erste Stufe der Behindertenhilfe zu ergänzen. Während bei der sozialmedizinischen Nachsorge der Schwerpunkt in der Sicherstellung der medizinischen Therapie liegt, hat die Behindertenhilfe den Schwerpunkt in der psychosozialen Arbeit, im Sinne der Eingliederungshilfe. Sie hilft Eltern und Geschwistern, sich mit der völlig veränderten Lebenssituation auseinander zu setzen, die mit der Krankheit oder Behinderung eingetreten ist. Oft stehen sozialrechtliche Fragen, organisatorische Probleme und Krankheitsbewältigung als unüberwindlicher Berg vor den betroffenen Familien.

Je nach Belastung der Familie oder bei besonderen Problemstellungen werden Sozialpädagogen oder Psychologen mit einbezogen, sie übernehmen selbst die Rolle des Case Managers (Kanth 2006).

Der Schwerpunkt der sozialpädagogischen Nachsorge liegt im sozialen Beraten, Kontaktieren von Fachstellen, Helfen bei Anträgen, Begleiten zu Behörden und Vermitteln zu Experten. Dabei arbeiten sie mit psycho-sozialen Fachdiensten und Beratungsstellen zusammen, welche die Familien weiterbetreuen.

Der Schwerpunkt der psychologischen Arbeit liegt in der emotionalen Krisenbewältigung, der psychologischen Hilfen zur Krankheitsbewältigung, der Beratung bei Konflikten und Interaktionsproblemen sowie der Vernetzung zu Schulpsychologen, Psychiatern und Psychotherapeuten.

Beide Berufsgruppen arbeiten ressourcen- und lösungsorientiert, erfassen die Auswirkung der Erkrankung auf die Familie, helfen bei der Krankheitsakzeptanz und Integration im Familienalltag. Aus dem Repertoire der möglichen Ressourcen werden die für die jeweilige Familie adäquaten Hilfen ausgewählt und koordiniert, so dass ein Netzwerk für die Familie entsteht. In der weiteren prozesshaften Begleitung wird auf Probleme in der Krankheitsbewältigung reagiert, werden Konfliktsituationen erkannt und entsprechende Hilfen als Krisenmanagement angeboten.

Die Nachsorgemitarbeiter sind häufig auch Moderator zwischen Klinikmitarbeitern, ambulanten Versorgern und den Familien.

10.1.2.4 Patientenschulungen und optionale Nachsorgeleistungen

Der Bunte Kreis versucht ergänzend zum Case Management Lücken im Versorgungsnetzwerk zu schließen oder durch Koordination bestehende Leistungserbringer in der Patientenversorgung zu integrieren.

Für den großen Bedarf an Patientenschulungen wurden die Trainings zu Diabetes (Podeswik / Fromme 2007), Asthma, Adipositas, Neurodermitis sowie cerebralen Anfallsleiden aufgebaut. Die Schulungsprogramme orientieren sich an den Vorgaben der Fachgesellschaften und den Disease-Management-Programmen. Durch eigene und Mitarbeit in Koordinationsstellen wird der Bedarf an Patiententrainings koordiniert.

Die optionalen Nachsorgeleistungen sind je nach regionalem Nachsorgebedarf unterschiedlich. Diese Leistungen werden im Nachsorgezentrum angeboten und haben eigenständige Finanzierungssäulen. Beispielsweise gehören zu den optionalen Leistungen:

- Kinder- und Jugendpsychotherapie,
- Interaktionssprechstunden,
- Musik-, Kunst- und Spieltherapie,
- tiergestützte Therapie,
- mobile Krankengymnastik,
- familienentlastender Dienst,
- unbürokratische Hilfen,
- Unterstützung von Selbsthilfegruppen.

Im Bunten Kreis Augsburg wurde beispielsweise ein differenziertes Angebot von Interaktionssprechstunde, über Psychotherapie bis zur tiergestützten Therapie etabliert. Am Beispiel der Psychotherapie soll der Aufbau kurz geschildert werden. Der ungedeckte Bedarf an Psychotherapie bei chronisch kranken Kindern und Jugendlichen führte zur Etablierung einer psychotherapeutischen Ermächtigungspraxis. Die Ermächtigung bezieht sich auf kinder- und jugendpsychotherapeutische Probleme bei somatisch chronisch kranken Kindern und Jugendlichen. Aufgrund des hohen Bedarfs wurde die Ermächtigungspraxis zur Lehrpraxis, die Kinder- und Jugendpsychotherapeuten ausbildet und die erste Ausbildungskandidatin erhielt nun eine Sonderbedarfszulassung für Psychotherapie bei chronisch kranken Kindern und Jugendlichen. Somit wurden auf Organisations- und Systemebene neue Leistungserbringer mit eigenständiger Finanzierung etabliert und die Versorgungssituation der Patienten verbessert.

Ein wesentlicher Punkt in der Nachsorge nach dem Modell „Bunter Kreis“ ist die Unterstützung der Selbsthilfegruppen, so fungiert das Nachsorgezentrum als Kontaktstelle für alle Selbsthilfegruppen. Der Bunte Kreis engagiert sich durch Bildungs- und Schulungsangebote und Begleitung von Projekten und hilft bei der Umsetzung.

10.2 Einführung des Qualitätsmanagements im Bunten Kreis

Drei verschiedene Überlegungen führten den Bunten Kreis zum Qualitätsmanagement. Erstens musste dem aus der Praxis entwickelten Augsburger Nachsorgemodell nach der Pionierphase der ersten Jahre eine Struktur gegeben werden mit einer nachvollziehbaren Beschreibung der Nachsorgeleistungen und Versorgungsabläufe. Zweitens forderten die Kostenträger eine Evaluation zum Nachweis der Effektivität und Effizienz der Leistungen des Bunten Kreises: Da der § 137 e SGB V festlegt, dass Kriterien für die wirtschaftliche Leistungserbringung der Krankenkassen und aller an der Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer auf der Grundlage evidenzbasierter Leitlinien erstellt werden sollen, ist ein leitliniengestütztes Vorgehen für die

Finanzierung einer Einrichtung durch die Kostenträger unerlässlich. Schließlich wünschten auch die Mitarbeiter eine Reflexion ihrer bisherigen Arbeit und Möglichkeiten der Weiterentwicklung. So entstand das Konzept der „Augsburger Nachsorgeforschung" mit den im Abschnitt 10.5 beschriebenen Forschungsprojekten sowie dem „Qualitätsmanagement im Bunten Kreis".

10.2.1 Ziele des Qualitätsmanagements

Ziel des Qualitätsmanagements im Bunten Kreis war, Nachsorge für schwer und chronisch kranke Kinder und ihre Familien zu sichern durch die:

- Entwicklung und Definition von Konzeptionen, Auswahl- und Ausführungsleitlinien, Versorgungsablaufplänen, Dokumentationen für die Familiennachsorge,
- Optimierung der Versorgung anhand der Leitlinien,
- Verbesserung der internen und externen Zusammenarbeit des Bunten Kreises und der Vernetzung aller Berufsgruppen,
- Weiterentwicklung der patientenorientierten Familiennachsorge unter Einbeziehung aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse, vorhandener Ressourcen und der Wirtschaftlichkeit,
- Formulierung eines Qualitätsmanagement-Handbuchs zur Nachsorge,
- Entwicklung von Qualitätsstandards, nach denen auch andere Nachsorgeeinrichtungen arbeiten können.

10.2.2 Ablauf des Qualitätsmanagements

Für die Qualitätsmanagement-Entwicklung wurde ein Projektteam aus Vertretern des Bunten Kreises, der Klinik für Kinder- und Jugendliche des Klinikums Augsburg und des beta Instituts für sozialmedizinische Forschung und Entwicklung Augsburg gebildet, das von externen Fachleuten beraten wurde (Porz et al. 2003).

Alle Mitarbeiter des Bunten Kreises wurden in das Qualitätsmanagement miteinbezogen. Zunächst wurden die Strukturen der Nachsorgeeinrichtung definiert und beschrieben und schließlich nach Erarbeitung einer Unternehmensphilosophie wichtige Inhalte definiert wie die Ein- und Ausschlusskriterien für Patientenfamilien, die ganzheitliche interdisziplinäre Versorgung, die Vernetzung und das Case Management. In berufsgruppenspezifischen Qualitätszirkeln erfolgte die Bestandsaufnahme aller Leistungen der Nachsorge zur Erfassung der Strukturqualität. Darauf aufbauend entwickelten interdisziplinäre Qualitätszirkel Richtlinien und Standards für die Prozessqualität, welche die Grundlage für das Qualitätshandbuch bilden. Zur Lösung von Schnittstellenproblemen wurden aufgabenspezifische Qualitätszirkel gebildet, die ebenfalls prozessorientiert Vorschläge für die Kommunikation mit externen Einrichtungen erarbeiteten.

Als Patientengruppe zur Erarbeitung des Qualitätsmanagements wurden die Früh- und Risikogeborenen ausgewählt, da diese Patientengruppe in sich relativ homogen ist, einen großen An-

teil an der Nachsorge mit einer relativ hohen Fallzahl besitzt, sowie eine zunehmende Relevanz für das Gesundheitswesen hat. Da diese Patientengruppe auch die Zielgruppe der Nachsorgeforschung darstellt, musste für sie als erstes ein strukturiertes Ablauf- und Versorgungskonzept erstellt werden. Die Erkenntnisse aus diesen Qualitätszirkeln konnten für die anderen Patientengruppen entsprechend modifiziert übernommen werden.

Die geleistete Vorarbeit ermöglichte schließlich im Jahre 2004 die Zertifizierung der Bunte Kreis Nachsorge gGmbH nach DIN EN ISO 9001:2000.

10.2.3 Ergebnisse der Qualitätsentwicklung

10.2.3.1 Unternehmensphilosophie

Die Unternehmensphilosophie beschreibt die Patientengruppe, für die die Nachsorge erfolgen soll, und die Dimensionen der Nachsorge.

Das Betreuungsangebot des Bunten Kreises richtet sich an Früh- und Risikogeborene, Säuglinge und Kleinkinder mit Interaktionsstörungen, chronisch, krebs- und schwerstkranke Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit ihren Familien sowie an Angehörige verstorbener Kinder im Raum Augsburg und Schwaben.

Als Dimensionen der Nachsorge wurde erarbeitet:

- Die Nachsorge soll ganzheitlich, familienorientiert in einem interdisziplinären Team durchgeführt werden.
- Die Nachsorge soll vernetzend und integrierend mittels Case Management erfolgen.
- Die Interventionen sollen sich an den Ressourcen der Patientenfamilie orientieren und Hilfe zur Selbsthilfe leisten.
- Die Nachsorge richtet sich nach dem individuellen Bedarf einer Familie und wird im Verlauf dem veränderten Bedarf angepasst.
- Die Anwendung von Nachsorgemaßnahmen soll wissenschaftlich fundiert und ökonomisch sinnvoll sein.

Ziele der Nachsorge sollten sein: die Sicherung und Verbesserung des medizinischen und funktionalen Behandlungserfolgs, der individuellen Lebensqualität und die Förderung einer ganzheitlichen Bewältigung der Lebenssituation.

10.2.3.2 Konzeptentwicklung

Im Rahmen der Konzeptentwicklung der Nachsorgeleitlinien wurde als Basis für die Nachsorgeleistungen ein multiaxiales und prozessorientiertes Vorgehen festgelegt.

Um dem Anspruch einer ganzheitlichen Versorgung zu genügen, sollen sowohl bei der Diagnostik als auch bei den Interventionen fünf Achsen zur Klassifikation berücksichtigt werden:

1) Medizinisch-pflegerische Achse: Schweregrad, Verlauf und Prognose der Erkrankung.
2) Funktionale Achse: Grad der körperlichen und geistigen Behinderung sowie umschriebener Entwicklungsstörungen.
3) Soziale Achse: Unterstützung durch Familie, Freundes- und Bekanntenkreis als Ressource. Belastende psychosoziale Umstände wie Arbeitslosigkeit, Umzug, Verlust eines Elternteils u. ä..
4) Psychische Achse: Psychische Gesundheit oder psychiatrische Erkrankung als Ressourcen oder Belastungen. Fähigkeiten und Fertigkeiten, die Krankheit emotional und kognitiv zu bewältigen.
5) Spirituelle Achse: Der Glaube oder die Einbindung in eine religiöse Gemeinschaft als Ressourcen in der Krankheitsbewältigung.

Für die auf die Familie bezogenen Interventionen wurden gemeinsame Kategorien erarbeitet, die in den einzelnen Leitlinien berücksichtigt sind.

- Case Management auf der Patientenebene: Im Vordergrund steht die Vernetzung im Sozial- und Gesundheitswesen. Hierzu wird die Patientenfamilie im Sinne einer Lotsenfunktion begleitet. Ziel ist die bedürfnis- und bedarfsgerechte Zuführung zu den Sozial- und Gesundheitsdienstleistungen, die Stabilisierung und Vermeidung von Komplikationen, der Aufbau einer einrichtungsübergreifenden Hilfeplanung und die Sicherstellung des Informationsflusses.
- Informationsvermittlung: Ziel ist der Aufbau von angemessenem Wissen, damit die Betroffenen selbstständig notwendige Kompetenzen erwerben können.
- Schulung/Training: Ziel ist, mit Hilfe von Aufklärung und dem Training praktischer Fertigkeiten Handlungskompetenzen aufzubauen.
- Beratung: Ziel der sich am Bedarf der Familien orientierenden Beratung ist, Belastungen abzubauen und Problemlösungskompetenzen und spezifische Fähigkeiten in der Krankheits- und Lebensbewältigung aufzubauen. Nach der Problemanalyse werden gemeinsam Ziele im Sinne des Empowerments vereinbart und eine ressourcenorientierte Problemlösung eingeleitet. Im Vordergrund steht die „Hilfe zur Selbsthilfe“, d. h. ein Problemlösungstraining, dass den Berater „überflüssig“ machen soll.
- Begleitung: Ziel der ressourcenorientierten Begleitung ist, der Familie bei der emotionalen Bewältigung zu helfen und mittels einer guten Beziehung rechtzeitig notwendige Interventionen einleiten zu können oder stabilisierend auf das Familiensystem einzuwirken und die Selbstsicherheit der Familie zu stärken. Hierbei werden auch andere Personen aus dem sozialen Netz in die Rolle der emotionalen Begleiter mit aufgenommen.
- Therapie: Medizinische oder psychotherapeutische Interventionen gemäß den Richtlinien der einzelnen Fachgesellschaften mit dem Ziel der Heilung oder Rehabilitation von Störungen bzw. dem Aufbau von Bewältigungskompetenzen.

10.2.4 Prozessorientierter Ablauf der Nachsorge

Die Krankheitsbewältigung einer Patientenfamilie ist ein dynamischer Prozess, der sich am individuellen Krankheitsverlauf des Kindes und seiner Familie orientiert und oft nicht vorhersehbar ist. Nachsorge muss sich diesem Prozess anpassen und flexibel auf neue Anforderungen reagieren. Als Basis für die Leitlinienentwicklung wurde deshalb ein prozessorientiertes Behandlungsprogramm zu Grunde gelegt. Dies entspricht dem Case-Management-Konzept mit den aufeinanderfolgenden Schritten Klärungsphase, Assessment, Hilfeplanung, Intervention und Evaluation (Mennemann et al. 2008):

Klärungsphase

In der ersten Phase wird geprüft, ob der Patient und/oder seine Familie so hoch oder komplex belastet sind, dass ein Case Management notwendig ist. Diese „Prüfung" wird im Regelfall von den Mitarbeitern auf Station oder in einem Fachteam in der Klinik oder Rehabilitation vorgenommen.

Assessment

Mittels einer gemeinsamen – von Schwestern, Sozialpädagogen oder Psychologen erstellten bzw. ergänzten – interdisziplinären Anamnese basierend auf den oben beschriebenen Achsen und der „Internationalen Klassifikation der Funktionen – ICF" (Schuntermann 2005) wird der Ist-Zustand des Kindes und der Familie erhoben: neben den Patienten- bzw. Familienstammdaten auch Daten zu den medizinischen, funktionalen, soziodemographischen, psychosozialen und psychischen Bedingungen entsprechend den beschriebenen Achsen.

Hilfeplanung

Grundlage für die Planung des Nachsorgebedarfs sind die Daten aus der interdisziplinären Anamnese. Aus diesen lässt sich ein an die ICF angelehntes multiaxiales Ressourcen- und Belastungsprofil (Disease-Staging) für die jeweilige Familie erstellen, aus dem sich ablesen lässt, in welchem Bereich ein Interventionsbedarf besteht: aus rein medizinischer Indikation, aus rein psychosozialer Indikation oder aus beiden. Zusätzlich gibt es übergreifende Zielbereiche und praxisrelevante Feinziele für die einzelnen Bereiche, die die Grundlage der Evaluation bilden.

Intervention

Nachsorge läuft methodisch ab als Case Management, das als übergeordnetes „systemisches Case Management" und als auf die einzelne Familie bezogene Interventionen organisiert ist: Vernetzung, Schulung, Beratung, Begleitung und Therapie. Die jeweils nach der multiaxialen Diagnostik für die jeweilige Familie in Frage kommenden Interventionen sollen entsprechend den Leitlinien ausgewählt und umgesetzt werden.

Für die auf die Familie bezogenen Interventionen wurden gemeinsame Kategorien erarbeitet, die in den einzelnen Leitlinien berücksichtigt sind.

Evaluation

Durch regelmäßige Evaluationen anhand der Achsen des Disease-Stagings soll überprüft werden, ob die Zielbereiche und Feinziele erreicht wurden. Zwischenzeitlich eingetretene Verände-

rungen und neue Ergebnisse müssen erfasst, Informationen neu interpretiert und die Interventionen ständig den veränderten Bedingungen angepasst werden.

Festgelegte Evaluationszeitpunkte sind die wöchentlichen Teamsitzungen, die Entlassungsevaluation und die Abschlussevaluation vor Beendigung der Nachsorge. Daneben können im Betreuungsteam jederzeit akut die Maßnahmen den veränderten Bedingungen des Kindes oder der Familie angepasst werden.

Nach Beendigung der Nachsorge soll als „Klienten-Evaluation" von den Eltern ein kurzer Fragebogen mit skalierten Items und Freitextfeld ausgefüllt werden. Dieser enthält Fragen zur Zufriedenheit mit der Nachsorgemaßnahme, der Zufriedenheit mit dem Personal und zu Angeboten und Ressourcen, die die Eltern sich gewünscht hätten.

10.3 Qualitätshandbuch „Interdisziplinäre Nachsorge in der Pädiatrie" (INIP)

Mit der Ausbreitung der sozialmedizinischen Nachsorge in Deutschland entstand der Bedarf an einheitlichen Nachsorgeleitlinien und Vorgaben für die Qualitätssicherung. Ausgehend vom Augsburger Nachsorgemodell werden von Mitarbeitern des beta Instituts für sozialmedizinische Forschung und Entwicklung in Augsburg für das Qualitätshandbuch Grundlagen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festgeschrieben (Podeswik et al. 2007). Die Grundlagen bilden die Ergebnisse des Qualitätsmanagements des Bunten Kreises, die Erfahrungen aus anderen Nachsorgeinrichtungen, die in den § 43,2 und 132c SGB V festgelegten gesetzlichen Grundlagen zur sozialmedizinischen Nachsorge und der Stand der Wissenschaft. Ferner enthält das Handbuch Weiterbildungs- und Beratungskonzepte zur Umsetzung der Nachsorge in neuen Einrichtungen.

10.3.1 Definition der sozialmedizinischen Nachsorge

Bei der Nachsorge nach dem Modell des Bunten Kreises handelt es sich um eine Versorgungsleistung, die bei krebs-, chronisch oder schwerst erkrankten Kindern und Jugendlichen mit schwerer medizinisch-pflegerischen und/oder psychosozialen Belastung indiziert ist. Sie dient der Sicherstellung, Unterstützung oder Befähigung in der Krankheitsbewältigung und Selbstversorgungskompetenz, um den medizinischen Behandlungserfolg zu sichern und um eine Teilhabe am täglichen Leben zu fördern. Die Nachsorge wird als Komplexleistung erbracht und beinhaltet Koordinations- und Vernetzungsleistungen, Anleitung zur Krankheits- und Krisenbewältigung und zum Aufbau von Selbstversorgungskompetenz sowie zur Motivation, verordnete Leistungen in Anspruch zu nehmen. Sie wird sektorenübergreifend unter Einbeziehung des sozialen Netzes der Betroffenen nach der Methode des Case Managements erbracht.

Sozialmedizinische Nachsorge ist ein strukturiertes, leitliniengesteuertes, evidenzbasiertes Angebot im Gesundheitswesen. Die Inhalte sind jeweils an die Bedarf-, Bedürfnis- und Ressourcenlage des Kindes bzw. der Familie adaptiert und werden im interdisziplinären Team erbracht.

Die Nachsorge berücksichtigt

- die Individualität des Patienten,
- den notwendigen Bedarf des Patienten und seiner Familie an fachlicher Unterstützung,
- das Bedürfnis des Patienten und seiner Familie an individueller Unterstützung,
- die Ressourcen des Patienten, seiner Familie und seines sozialen Umfeldes,
- die Lebensumwelt und Systembedingungen des Patienten (Familie, Kindergarten, Schule, Ausbildung bis Freizeit),
- das Prinzip „Hilfe zur Selbsthilfe“,
- die Beziehung zwischen Nachsorgemitarbeiter, Patient und Bezugspersonen,
- den Handlungsansatz und die Methodik des Case Managements,
- ethische Grundsätze,
- die Notwendigkeit zur Effizienz (Wirtschaftlichkeit) und Effektivität (Wirksamkeit),
- wissenschaftliche Erkenntnisse,
- die gesetzlichen Grundlagen des SGB V zur Erbringung sozialmedizinischer Nachsorge (§ 43,2, § 132c),
- die Anforderungen von Fach- und Berufsverbänden an eine qualifizierte Leistungserbringung,
- Besonderheiten der lokalen/regionalen Bedarfsituation in der Spezifizierung ihres Leistungsangebotes vor Ort.

10.3.2 Ziele der Nachsorge

Die Ziele der Nachsorge nach dem Modell Bunter Kreis beziehen sich auf die Mikro-, Meso- und Makroebene.

Die Ziele für den Patienten und seine Bezugspersonen auf der **Mikroebene (Fallebene)** sind:

Die Sicherstellung und/oder Förderung

1) des medizinischen Behandlungserfolges,
2) der medizinisch-pflegerisch-therapeutischen Versorgung in der Klinik und im häuslichen Umfeld,
3) einer Verkürzung oder Vermeidung von Krankenhausaufenthalten
4) der Hilfe zur Selbsthilfe,
5) der Bewältigung der Krankheits-/Behinderungssituation,
6) der gesundheitsbezogenen Lebensqualität,

7) eines positiven Gesundheitsverhaltens,

8) der sozialen Integration,

9) der Partizipation im Alltag.

Die Ziele für das Familiensystem und die Einrichtungen auf der **Mesoebene (Systemebene)** sind:

Die Sicherstellung und/oder Förderung

1) der Funktionsfähigkeit des Familiensystems,

2) der Kommunikation innerhalb einer Behandlungseinrichtung und zwischen den Einrichtungen,

3) der Kommunikation zwischen Organisationen und Institutionen, die an einem Fall beteiligt sind,

4) von Netzwerken,

5) von Behandlungspfaden.

Die Ziele für das Sozial- und Gesundheitswesen können auf der **Makroebene** sein:

Die Sicherstellung und/oder Förderung

1) von Gesetzen zur Nachsorge,

2) von Rahmenvereinbarungen und Empfehlungen zur Nachsorge von Kostenträgern wie gesetzliche Krankenkassen,

3) der Öffentlichkeitsarbeit zu den Belangen von chronisch kranken/behinderten Kindern und Jugendlichen sowie ihren Familien.

10.3.3 Zielgruppe der Nachsorge

Die Nachsorge wird Früh- und Risikogeborenen, Kindern und Jugendlichen mit chronischen oder schweren Krankheiten und/oder Behinderungen, ihren Bezugspersonen/Eltern und Familienmitgliedern angeboten. Im Regelfall bekommen Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres Nachsorge; unter Berücksichtigung des Entwicklungsstandes können auch junge Erwachsene bis zum 27. Lebensjahr Nachsorge erhalten. Die Kinder und Jugendlichen müssen eine medizinische Diagnose oder neu entstandene Behinderung haben oder von Behinderung bedroht sein und durch Krankheit, Behinderung, Therapie oder Lebensumstände so belastet sein, dass eine Nachsorge Therapieerfolg, Behandlungsverlauf, Lebensqualität und Integration im Alltag sicherstellt oder fördert.

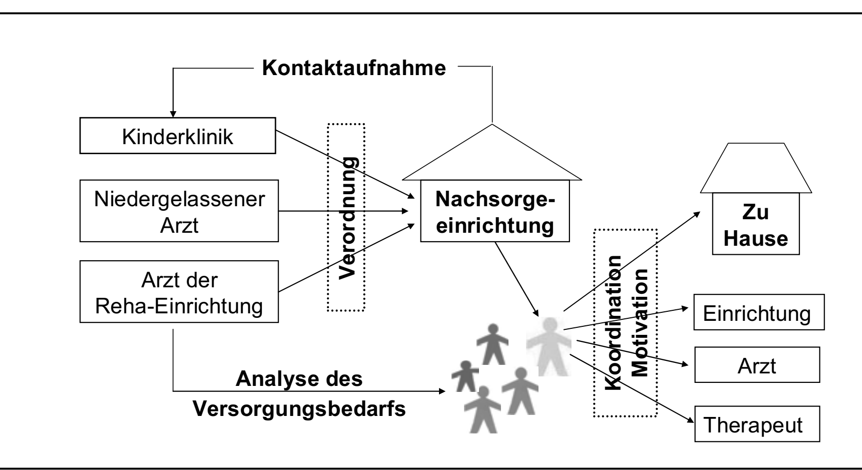
10.3.4 Nachsorge im Patientenpfad

Der Behandlungspfad des Patienten und seiner Familie führt in das Akutkrankenhaus, von dort über die Nachsorge in den ambulanten oder rehabilitativen Versorgungssektor. Nachsorge kann auch nach stationärer Rehabilitation den Übergang ins häusliche Feld begleiten (vgl. Abb. 1).

Nach § 43,2 SGB V können für Kinder bis 14 Jahren und in besonders schweren Fällen bis zum Alter von 18 Jahren in unmittelbarem Anschluss an eine stationäre Krankenhausbehandlung oder stationäre Rehabilitation sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen verordnet werden, wenn die Nachsorge wegen der Art, Schwere und Dauer der Erkrankung notwendig ist, um stationäre Aufenthalte zu verkürzen oder eine anschließende ambulante ärztliche Behandlung zu sichern. Die Indikation ergibt sich aus einer Kombination von schweren Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeiten sowie der Notwendigkeit eingreifender, komplexer Interventionen, hoch belasteter Familiensituationen oder dem Finalstadium einer Erkrankung. Grundlage der Indikationsstellung ist eine Einschätzung nach der WHO-Klassifikation ICF. Die Anforderungen an die Leistungserbringer sozialmedizinischer Nachsorge sind im § 132 c SGB V festgelegt.

Die Nachsorge wird entweder durch den behandelnden Arzt in der Kinderklinik, den niedergelassenen Arzt oder durch den Arzt in der stationären Rehabilitationseinrichtung eingeleitet. Die Nachsorge kann schon während des stationären Aufenthaltes in der Kinderklinik oder in der Rehabilitation mit der Kontaktaufnahme beginnen. Sie ist insbesondere in den Schnittstellen zwischen den Sektoren tätig und beginnt mit der Analyse des Versorgungsbedarfs. Anschließend ist sie insbesondere vernetzend, koordinierend, begleitend und entlastend tätig. Zusätzlich können Aufgaben der Patientenmotivation, der Aufklärung, Anleitung, Beratung oder des Trainings übernommen werden.

Abbildung 1: Sozialmedizinische Nachsorge im Versorgungsnetzwerk



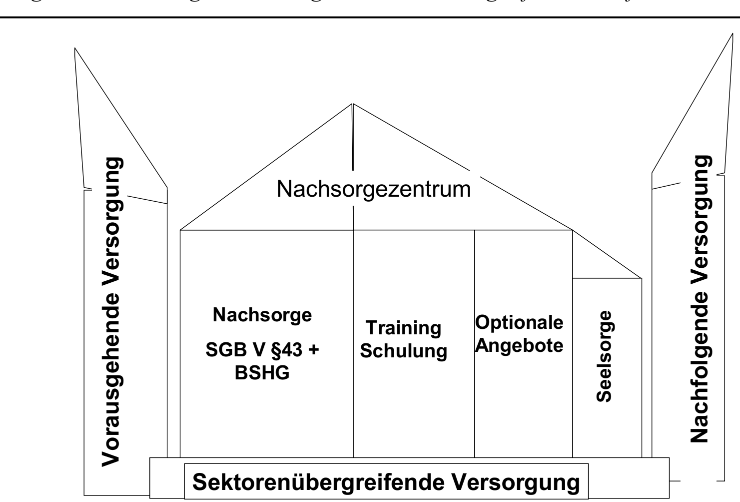
10.3.5 Strukturqualität

Eine Nachsorgeeinrichtung nach dem Augsburger Modell soll eine sektorenübergreifende Plattform bilden, um den Übergang von der stationären in die ambulante Betreuung zu sichern. Das Hauptelement bildet die sozialmedizinische Nachsorge nach § 43,2 SGB V. Je nach Größe der Einrichtung und lokalen Gegebenheiten können Leistungen wie Patientenschulungen zu Diabetes, Asthma, Neurodermitis oder Adipositas angeboten werden. Das Nachsorgeangebot kann durch die sog. optionalen Leistungen wie Diätberatung, Monitorsprechstunde, eine Sprechstunde für Säuglinge und Kleinkinder mit Interaktionsstörungen ergänzt werden. Zusätzlich sind seelsorgerische Angebote wie die Trauerbegleitung notwendig.

Eine enge Kooperation mit einer Kinderklinik und weiteren Versorgungseinrichtungen ist ein wesentliches weiteres Kennzeichen einer Nachsorgeeinrichtung. Die Mobilität der Mitarbeiter für die aufsuchende Nachsorge ist sicher zu stellen.

In der Nachsorgeeinrichtung arbeitet ein interdisziplinäres Nachsorgeteam, bestehend aus mindestens je einem Vertreter aus den Berufsgruppen KinderarztIn, Kinderkrankenpfleger/-schwester, SozialarbeiterIn/-pädagogIn/Dipl.-PädagogIn und Psychologe/Kinder- und Jugend-PsychotherapeutIn/Kinder- und Jugend-PsychiaterIn. Die Kooperation mit einem/einer SeelsorgerIn ist sicher zu stellen. Die Mitarbeiter sollen über berufspraktische Erfahrungen verfügen. Mindestens ein Teammitglied sollte eine zertifizierte Weiterbildung zum Case Manager erfolgreich abgeschlossen haben, die weiteren Teammitglieder über Grundkenntnisse im Case Management verfügen.

Abbildung 2: Nachsorgeeinrichtung als sektorenübergreifende Plattform



10.3.6 Schulung der Case Manager

Entsprechend den vielseitigen Aufgaben und Tätigkeitsfeldern müssen Nachsorgemitarbeiter als Case Manager vielseitig qualifiziert sein.

Die Gründung des beta Instituts für sozialmedizinische Forschung und Entwicklung im Jahre 1999 ermöglichte es, eine berufsbegleitende Weiterbildung „Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen, Schwerpunkt pädiatrische Nachsorge“ anzubieten Die Weiterbildung folgt den 2003 verabschiedeten ersten qualitätsorientierten Richtlinien für die Weiterbildung zum/r Case ManagerIn im Sozial- und Gesundheitswesen in Deutschland und bietet ein breites Basis-Know-how, das die Zusammenarbeit mit anderen professionellen Helfern erleichtert (vgl. Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management, DGCC). Die Absolventen erkennen Probleme besser, können die Ursachen orten, die richtige Hilfe vermitteln und andere Fachleute hinzuziehen. Die Weiterbildung setzt sich aus vier Basismodulen und drei Aufbaumodulen zusammen.

Zielgruppen sind grundsätzlich alle Berufsgruppen im stationären oder ambulanten pädiatrischen Einrichtungen, vor allem (Kinder-)Krankenschwestern, Sozialpädagogen, Pädagogen, Psychologen, Hebammen und Therapeuten aller Fachrichtungen. Die Mischung der Berufsgruppen hat einen für das Case Management wichtigen Lerneffekt: Die Teilnehmer erfahren die interdisziplinäre Zusammenarbeit unmittelbar und lernen die Denk- und Handlungsweise anderer Berufsgruppen kennen.

10.4 Qualitätsverbund Bunter Kreis und Aufbau von Nachsorge in Deutschland

Aus der Beratungsarbeit des beta Instituts entstanden inzwischen bundesweit über 50 Einrichtungen, die Nachsorge nach dem Modell Bunter Kreis anbieten. Diese haben sich im Jahre 2002 zum „Qualitätsverbund Bunter Kreis“ zusammengeschlossen, um das Niveau der Nachsorge zu sichern und sich auszutauschen.

10.4.1 Ziele und Aufgaben des Qualitätsverbundes

Der Qualitätsverbund setzte sich folgende Ziele:

- Sicherung des Qualitätsstandards,
- Weiterentwicklung der Nachsorge,
- Erfahrungsaustausch auf Leitungs- und Mitarbeiterebene,
- Fortbildung und Aufbau von Kompetenz auf der Leitungsebene,
- gemeinsames Auftreten gegenüber Politik und Kostenträgern,
- bundesweite Interessenvertretung der einzelnen Einrichtungen,
- bundesweite Öffentlichkeitsarbeit,

Neben der Formulierung einer Geschäftsordnung und der Bestimmung einer Sprechergruppe konnte 2004 der Aufbau eines Qualitätssicherungssystems zur Qualitätsprüfung der Nachsorgeeinrichtungen, die sich auf das Modell Bunter Kreis berufen, etabliert werden. Eine wichtige Aufgabe ist die Umsetzung der Rahmenrichtlinien zur sozialmedizinischen Nachsorge nach § 43,2 SGB V und die gemeinsame Verhandlung mit den Krankenkassen zu Inhalt und Vergütung der Nachsorgeleistungen.

10.4.2 Akkreditierung neuer Nachsorgeeinrichtungen

Ein wichtiger Schritt zur flächendeckenden Finanzierung der Nachsorge war die Übergabe eines von Mitarbeitern des „Bunten Kreises“ und des beta Instituts erarbeiteten Gesetzentwurfs, der dazu führte, dass seit Oktober 2004 die sozialmedizinische Nachsorge im SGB V § 43,2 verankert ist. Mit diesem Gesetz ist nun einerseits erstmals sozialmedizinische Nachsorge überregional finanzierbar, dies jedoch mit großen Einschränkungen in den Leistungen gegenüber dem umfassenden Konzept des Bunten Kreises. So sind weiterhin alternative Finanzierungswege wie Spenden, Stiftungsgelder, Bußgelder der Staatsanwaltschaften oder weitere öffentliche Fördermittel notwendig, um den Eltern kranker Kinder ein angemessenes Angebot an Unterstützung bieten zu können.

Im Juli 2005 verabschiedeten die Spitzenverbände der Krankenkassen die entsprechende Rahmenvereinbarung und Empfehlungen, die 2008 überarbeitet wurden (Vdak 2008; 2009). Seit April 2009 wurden die Rahmenvereinbarung durch die Bestimmung des Spitzenverbandes Bund abgelöst (GKV Spitzenverband 2009).

Der Qualitätsverbund der „Bunten Kreise“ in Deutschland und die Gesellschaft für sozialmedizinische Nachsorge in der Pädiatrie haben inzwischen ein Meta-Nachsorgekonzept erarbeitet, das zum einen alle Vorgaben der Bestimmungen und die Vorgaben, ein „Bunter Kreis“ zu sein, erfüllt. Es dient als Qualitätssicherungsinstrument für alle nach dem Modell des Bunten Kreises arbeitenden Nachsorgeeinrichtungen, ist eine Hilfe beim Aufbau der Nachsorge und bildet die Basis für die Kassenverhandlungen.

Anhand des für die jeweilige Einrichtung modifizierten Metakonzepts akkreditieren die Qualitätsbeauftragten des Qualitätsverbundes die Einrichtung, regelmäßige Audits sollen laufend die Qualität der Einrichtungen sichern.

10.4.3 Consulting und Case-Management-Ausbildung

Das beta Institut in Augsburg veranstaltet unterstützt durch die betapharm Nachsorgestiftung mehrfach im Jahr zweitägige Consulting-Workshops zur Nachsorge, um Mitarbeitern aus im Aufbau befindlichen Einrichtungen die Grundlagen des Augsburger Nachsorgemodells und des Case Managements zu vermitteln. Je nach Bedarf werden weitere Seminare zur Finanzierung, Sozialmarketing, Organisations- und Projektentwicklung angeboten ergänzt durch individuelles Consulting vor Ort.

Als anerkanntes Ausbildungsinstitut der DGCC bietet das beta Institut eine seit dem Jahre 2003 nach den Richtlinien der Fachverbände anerkannte Weiterbildung zum zertifizierten Case Manager an mit verschiedenen fachlichen Schwerpunkten wie z. B. Case Management in der Pädiatrie.

10.5 Wissenschaftliche Begleitung

Um die Wirksamkeit des Augsburger Nachsorgemodells zu überprüfen und um Standards für den Aufbau von Nachsorgeeinrichtungen zu entwickeln, wurde die Augsburger Nachsorgeforschung ins Leben gerufen (Porz 2003). An der Patientengruppe der Frühgeborenen und schwer kranken Neugeborenen konnte in zwei prospektiven Studien exemplarisch gezeigt werden, dass Nachsorge nach unserem Konzept effektiv und kostensparend ist.

10.5.1 Soziökonomische Studie zum Bunten Kreis

In der soziökonomischen Studie wurden prospektiv als Fall-Kontroll-Studie Familien aus Augsburg mit Nachsorge mit Familien aus Nürnberg und Bonn verglichen, die keine Nachsorge erhalten hatten.

Die Studie konnte zeigen, dass sich sowohl die stationären Versorgungskosten durch die Verkürzung der Verweildauer als auch die Kosten für ambulante Leistungen durch Nachsorge senken lassen. Die Eltern mit Nachsorge fühlten sich besser informiert, die Zusammenarbeit mit den an der Versorgung beteiligten Institutionen war nach Einschätzung der Eltern ebenfalls besser. Nach der Entlassung ihres Kindes fühlten sich Eltern mit Nachsorge sicherer und kompetenter in der Versorgung und hatten weniger Ängste und Sorgen über die Entwicklung ihres Kindes (Wiedemann 2005).

10.5.2 PRIMA-Studie

Die PRIMA-Studie (prospektive randomisierte Implementierung des Modellprojekts Augsburg) sollte als Effektivitätsstudie die spezifischen Wirkkomponenten der Nachsorge erforschen. Dazu wurden an der Abteilung Neonatologie der Universitäts-Kinderklinik Bonn Familien per Zufallsverteilung in eine Gruppe mit Nachsorge bzw. eine Gruppe mit herkömmlicher Betreuung zugeordnet und mittels Interviews, Fragebögen und Videointeraktionsbeobachtungen über 18 Monate nachuntersucht.

Erste Ergebnisse zeigten gemäß unserer Hypothese bei Familien mit Nachsorge eine bessere emotionale Regulation des Kindes und eine erhöhte mütterliche Sensibilität sowie eine verbesserte Mutter-Kind-Interaktion. Die Partnerschaft war im zeitlichen Verlauf weniger belastet als in der Kontrollgruppe. Die Kinder aus der Interventionsgruppe mussten seltener wieder stationär aufgenommen bzw. ambulant in der Klinik bzw. beim Kinderarzt vorgestellt werden. (Porz et al. 2006).

Nachsorge bei Familien mit zu früh geborenen oder kranken Neugeborenen ist also ein wichtiges Versorgungsangebot, das eine gute psychosoziale Begleitung und Beratung der Familien bereits während des Krankenhausaufenthalts und auch nach der Entlassung sicherstellt und zu einer intensiveren Zusammenarbeit zwischen der Klinik und ambulanten Einrichtungen führt.

10.6 Ausblick

Durch die in den beiden Studien belegten positiven psychosozialen und sozioökonomischen Auswirkungen einer familienorientierten Nachsorge wurde die Grundlage für eine bundesweite Verbreitung als Angebot der Regelversorgung gelegt. Die durch das Qualitätsmanagement des Bunten Kreis und dem beta Institut für sozialmedizinische Forschung und Entwicklung in Augsburg erarbeiteten Praxisleitlinien können Grundlage für alle nach diesem Modell arbeitenden Einrichtungen sein. So ist zu hoffen, dass in den nächsten Jahren der Aufbau weiterer Nachsorgeeinrichtungen zu einer Verbesserung der Situation von Familien mit schwer und chronisch kranken Kindern beiträgt und ihnen hilft, den Alltag zu bewältigen.

Literatur

GKV Spitzenverband 2009: Bestimmung zu Voraussetzungen, Inhalt und Qualität der sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen nach § 43 Abs. 2 SGB V, vom 1. April 2009. https://www.gkvspitzenverband.de/upload/Bestimmung_Sozialmedizinische_Nachsorgemaßnahmen_01042009_6256.pdf (19.5.2009).

Kanth, E. 2006: Sozialmedizinische Nachsorge in der Pädiatrie: Ein Arbeitsfeld auch für Psychotherapeuten? Psychotherapeutenjournal. 1. 11-17

Mennemann, H. / Kanth, E. / Monzer, M. / Podeswik, A. 2008: Rahmenempfehlungen zum Handlungskonzept Case Management. Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management. Heidelberg u.a.: Economica.

Podeswik, A. / Fromme, C. 2007: Sozialmedizinische Nachsorge in der pädiatrischen Diabetologie. Diabetologe 3. 357-363.

Podeswik, A. / Kanth E. / Schreiber-Gollwitzer, B. / Labouvie, H. / Baur, W. / Otto, A. / Kusch, M. 2007: Praxishandbuch pädiatrische Nachsorge. Modell Bunter Kreis. Augsburg: beta-Institutsverlag.

Podeswik, A, / Porz F. / Groeger, K. / Thyen, U. 2009: Sozialmedizinische Nachsorge für schwer und chronisch kranke Kinder. Eine neue Leistung der Krankenkassen. Monatsschr Kinderheilkd 157. 129-135.

Porz, F. / Podeswik A. / Kanth E./ Kusch M. 2003: Qualitätsmanagement im Bunten Kreis nach dem Care-Service-Science-Konzept. In: Porz F./ Erhardt H. (Hrsg.): Case-Management in der Kinder- und Jugendmedizin. Neue Wege in der Nachsorge. Thieme. Stuttgart. 73-78.

PORZ, F. 2003: Wissenschaftliche Begleitung von Case-Management in der Pädiatrie – die Augsburger Nachsorgeforschung. In: PORZ, F. / ERHARDT H. (Hrsg.): Case-Management in der Kinder- und Jugendmedizin. Neue Wege in der Nachsorge. Thieme. Stuttgart. 73-78.

PORZ, F. / PODESWIK A. / ERHARDT, H. 2009. Case-Management in der Sozialpädiatrie. In: LÖCHERBACH, P. / KLUG, W. / REMMEL-FAßBENDER, R. / WENDT W.R. (Hrsg.): Case Management. Fall und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit. 4. Auflage, Reinhardt. München. 90-113.

PORZ, F. / DIEDRICH, M./ BARTMANN, P. 2006: Familienorientierte Nachsorge bei Frühgeborenen fördert die Mutter-Kind-Interaktion und reduziert die mütterlichen Belastungen – Ergebnisse einer randomisierten Studie. ZGeburtsh Neonatologie 210. 5.

SCHUNTERMANN, M.F. 2005: Einführung in die ICF. Grundkurs – Übungen – offene Fragen. Ecomed. Landsberg.

WIEDEMANN, T. 2005: Wirtschaftlichkeit und Effektivität verbesserter ambulant-stationärer Verzahnung durch Case Management. Eine Fall-Kontroll-Studie zur Versorgung Früh- und Risikogeborener durch den Bunten Kreis. Peter Lang. Frankfurt a. M.

VDAK(2008): http://s272683303.online.de/vertragspartner/vorsorge-rehabilitation/sozialmed_nachsorge/empfehlungen20080630.pdf (19.5.2009).

VDAK(2009): http://s272683303.online.de/vertragspartner/vorsorge-rehabilitation/sozialmed_nachsorge/bestimmung.pdf (19.5.2009).

Weitere Informationen

www.bunter-kreis-deutschland.de

www.beta-institut.de

Autoren

Dr. Friedrich Porz, Kinderarzt, Neonatologe, Oberarzt der 2. Kinderklinik, Klinikum Augsburg. Mitbegründer und stellvertretender Geschäftsführer des „Bunten Kreises“. Leiter der Augsburger Nachsorgeforschung im beta Institut für sozialmedizinische Forschung und Entwicklung Augsburg. Präsident der Gesellschaft für sozialmedizinische Nachsorge in der Pädiatrie. Stenglinstraße 2, 86156 Augsburg, E-Mail: friedrich.porz@beta-institut.de

Andreas Podeswik, Dipl.Psychologe, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut. Projektleitung Pädiatrie im beta Institut für sozialmedizinische Forschung und Entwicklung Augsburg. Geschäftsführer des Qualitätsverbundes Bunter Kreis. Kobelweg 96, 86156 Augsburg, E-Mail: andreas.podeswik@beta-institut.de

Regina Menzel

11 Case Management im Krankenhaus – eine Aufgabe der klinischen Sozialarbeit

11.1 Die Notwendigkeit von Case Management im Krankenhaus

Im Zuge der Ökonomisierung im Gesundheitswesen gewinnt das Case Management zunehmend an Bedeutung. Spätestens seit der Einführung des DRG-Systems (Diagnosis Related Groups), nach dem das Krankenhaus für Patienten diagnosebezogene Fallpauschalen erhält, besteht die Notwendigkeit, Patienten möglichst früh zu entlassen. Die Verweildauer im Krankenhaus ist in den letzten Jahren enorm gesunken, laut dem statistischen Bundesamt betrug die durchschnittliche Verweildauer 2007 nur noch 8,3 Tage, in vielen Abteilungen ist sie noch kürzer.

Seit der Gesundheitsreform 2007 besteht für Krankenhäuser nach § 11, Abs. 4 SGB V die Verpflichtung, ein Versorgungsmanagement sicher zu stellen. Dies bedeutet, dass für Patienten eine „sachgerechte Anschlussversorgung beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche“ organisiert werden muss. Die Verpflichtung der Klinik ist nun gesetzlich eindeutig verankert – das ist neu! Die Kliniken müssen die Aufnahme und Entlassung ihrer Patienten optimal steuern, um ökonomisch zu arbeiten, und gleichzeitig die Versorgung nach der Entlassung sicher stellen. Unter diesem Gesichtspunkt ist ein Case Management gefragt.

Zahlreiche Krankenhäuser stellen zur Bewältigung dieser Aufgabe Case Manager ein oder schicken ihre MitarbeiterInnen zu Ausbildungen zum Case Manager. Dabei wird übersehen, dass soziale Arbeit im Krankenhaus schon seit fast 100 Jahren diese Aufgabe übernimmt. „Der Sozialdienst im Krankenhaus gehört zu den ältesten Arbeitsfeldern der professionellen Sozialarbeit“ (Reinicke 2008, 19). Bereits 1913 wurde in Frankfurt und Berlin eine soziale Krankenhausfürsorge eingerichtet, seit dieser Zeit ist der soziale Dienst zuständig für die Entlassung der Patienten. „Sie (soziale Krankenhausfürsorge – Anm. d. Verf.) beschleunigt ihre Entlassung, denn sie besorgt ihnen Unterkunft oder Krankenpflege im Hause. Dadurch werden Kosten gespart und das Krankenhaus wird entlastet“ (DVSG 2006a, 9) So stand es schon damals in der Tätigkeitsbeschreibung der sozialen Krankenfürsorge Berlin.

Die Schwerpunkte der Tätigkeiten des Sozialdienstes im Krankenhaus haben sich seither je nach geschichtlichem Hintergrund zwar verlagert, die Aufgaben sind jedoch gleich geblieben.

11.2 Die Leistungen der klinischen Sozialarbeit im Krankenhaus

Der Fachverband für Sozialarbeit im Gesundheitswesen DVSG (Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V.) hat die Leistungen der klinischen Sozialarbeit in einer Produkt- und Leistungsbeschreibung festgeschrieben. Darin werden sieben Produkte und die dazugehörenden qualitativen inhaltlichen Leistungen detailliert beschrieben. Die Produkte und Leistungen sollen hier kurz beschrieben werden (vgl. DVSG 2007a).

Zur **psychosozialen Intervention** gehören Hilfen bei der Krankheitsbewältigung, bei Problemen im sozialen Umfeld, der Familie oder der Paarbeziehung, Hilfen bei existenziellen Krisen und die Beratung bei Suchtproblemen. Ziel der psychosozialen Intervention ist die Entlastung des Patienten vom emotionalen Leidensdruck, die Entwicklung neuer Perspektiven und Lösungsstrategien, Entwicklung von Problembewusstsein sowie die Motivation zur Behandlung bei Suchtproblematik.

Soziale Interventionen umfassen die Einleitung von gesetzlichen Betreuungen, Hilfen bei Problemen im Wohnumfeld, die Versorgung betreuungsbedürftiger Angehöriger wie z.B. minderjähriger Kinder oder pflegebedürftiger Eltern. Auch praktische Hilfen wie Organisation von Kleidung gehören dazu. Ziel der sozialen Intervention ist die Sicherstellung der gesundheitlichen, materiellen und sozialen Belange der Patienten, damit die Krankenhausbehandlung überhaupt durchgeführt werden kann.

Eine zentrale Rolle spielen **wirtschaftliche Interventionen**. Es geht darum, die finanziellen Grundlagen der Patienten zu sichern, Leistungsansprüche durchzusetzen und die wirtschaftlichen Einbußen, die durch eine Erkrankung entstehen, auszugleichen. Der Sozialdienst informiert, berät und unterstützt bei der Durchsetzung von Ansprüchen nach SGB II, V, VI, IX, XI und XII. Hier ist festzustellen, dass die Haltung von Kostenträgern immer häufiger zu Ungunsten des Patienten ausfällt, Leistungen verweigert oder auf andere Kostenträger verschoben werden. Der Sozialdienst unterstützt Patienten und Angehörige bei der Durchsetzung ihrer Ansprüche. Es sind fundierte sozialrechtliche Kenntnisse erforderlich und es müssen immer mehr Widersprüche geschrieben werden. Der Verwaltungsaufwand nimmt enorm zu und ist eigentlich kaum mehr zu leisten. Neben der Sicherung der Existenzgrundlage zielen wirtschaftliche Interventionen darauf ab, die Finanzierung von erforderlichen Leistungen abzusichern.

Ambulante Nachsorge kommt für Patienten in Frage, die vorübergehend oder langfristig auf Hilfe angewiesen sind. Sie soll die Rückkehr in den häuslichen Bereich ermöglichen, sicher stellen, dass die erforderlichen Hilfsdienste und Hilfsmittel vorhanden sind und auch finanziert werden. Zur ambulanten Nachsorge gehören die Organisation der häuslichen Pflege, Haushaltsdienste, Essen auf Rädern, Hausnotruf und Hilfsmittel. Der Sozialdienst arbeitet sehr eng mit der Überleitungspflege und den Therapeuten im Krankenhaus zusammen.

Ist eine Rückkehr in die häusliche Umgebung entweder vorübergehend oder langfristig nicht möglich, organisiert der soziale Dienst die **stationäre Nachsorge**, sucht je nach individueller Situation des Patienten geeignete Einrichtungen wie Kurzzeitpflege-, Dauerpflegeplätze, einen Platz in einem Hospiz oder in einer Palliativstation und stellt die Finanzierung der Leistung sicher.

Die Einleitung von Maßnahmen der **medizinischen Rehabilitation** ist eine zentrale Aufgabe der sozialen Arbeit im Krankenhaus. Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen kommen für diejenigen Patienten in Betracht, die aufgrund einer akuten oder chronischen Erkrankung von Funktionsbeeinträchtigungen betroffen oder bedroht sind. Die Sozialarbeiter sind im Krankenhaus die Berufsgruppe, die einen umfassenden Überblick über geeignete Maßnahmen (stationäre Weiterbehandlung, Frührehabilitation, Anschlussheilbehandlung oder geriatrische Rehabilitation) und Rehabilitationskliniken haben und die auch wissen, welche Kostenträger zuständig und welche Anträge zu stellen sind. Sie suchen in Absprache mit den Ärzten und den behandelnden Therapeuten geeignete Kliniken aus und kümmern sich um die Kostensicherung.

Auch hier wird es immer schwieriger, die Ansprüche der Patienten durchzusetzen. Trotz Wunsch- und Wahlrecht nach SGB IX bestehen Kostenträger auf Vertragskliniken oder versuchen, Leistungen an andere Kostenträger abzuschieben. Alle Kostenträger bestehen auf ihren speziellen Antragsformularen, was den Verwaltungsaufwand erhöht.

Viele Patienten sind durch eine akute oder chronische Erkrankung in ihrer **Teilhabe am Arbeitsleben** eingeschränkt. Hier berät der Sozialdienst über die Möglichkeiten der stufenweise Wiedereingliederung, Trainingsmaßnahmen, Umgestaltung des Arbeitsplatzes, Umsetzungsmaßnahmen und andere Leistungen der beruflichen Rehabilitation. Ziel ist, entsprechend der individuellen Leistungsfähigkeit den vorhandenen Arbeitsplatz zu sichern oder die Erwerbsfähigkeit wieder herzustellen.

11.3 Case Management im Krankenhaus als Unterstützungsmanagement

Betroffene sind durch einen Krankenhausaufenthalt mit vielen Problemsituationen und Unsicherheiten konfrontiert. Die Probleme können sich auf den Umgang mit der Erkrankung, die sozialen Netzwerke, Finanzierung von Leistungen, wirtschaftliche Engpässe, Gefährdung der Selbstversorgung, psychische und physische Funktionseinschränkungen, Teilhabeeinschränkungen an der Gemeinschaft und am Arbeitsleben oder auf das Wohnumfeld beziehen. Selten gibt es nur eine Schwierigkeit, meistens sind die Problemlagen komplex und erfordern mehrere Interventionen.

Case Management in der sozialen Arbeit ist ein Handlungskonzept für Menschen mit vielschichtigen Belastungen und kommt zum Einsatz, wenn für die komplexen Problemsituationen mehrere Disziplinen und unterschiedliche Hilfen benötigt werden. Es sollen im Sinne des Versorgungsmanagements „passgenaue Hilfen in einem größeren Versorgungszusammenhang optimal ermittelt und zugänglich“ gemacht werden (DVSG 2007b, 2). Case Management ist eine Handlungsmethode der sozialen Arbeit und wurde in der 70er Jahren aus der Methode der sozialen Einzelfallhilfe (case work) weiter entwickelt. Nach der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) werden Case Manager dann eingesetzt, wenn eine komplexe Bedarfssituation vorliegt, zur Lösung mehrere Akteure benötigt werden und die Regelversorgungspfade nicht ausreichen. Das Einverständnis des Betroffenen muss vorliegen. Mit Case ist nicht der Mensch gemeint, sondern die problematische Situation, der Fall, der bewältigt werden

muss (Pantucek 1998, 68). Auf der Systemebene hat Case Management das Ziel, Versorgungslücken aufzudecken und Versorgungsstrukturen zu optimieren.

Die meisten Menschen geraten durch eine schwerwiegende Erkrankung und einen erforderlichen Krankenhausaufenthalt in eine Krisensituation und sind mit schwer zu bewältigenden Anforderungen und Entscheidungssituationen konfrontiert (vgl. Remmel-Faßbender 2009, 151). Patienten und Angehörige stehen einem unübersichtlichen System von Sozial- und Gesundheitsleistungen gegenüber und sind darauf angewiesen, dass sie von einer Person kontinuierlich begleitet, beraten und unterstützt werden und durch den Dschungel von konkurrierenden Leistungsanbietern und Kostenträgern geführt werden. In einer Zeit der Einsparungen, wo Kostenträger zunehmend zu Ungunsten von kranken Menschen agieren, benötigen Betroffene Unterstützung bei der Wahrnehmung und Durchsetzung ihrer Ansprüche.

Sozialarbeit ist im Krankenhaus schon immer die Profession, die bei komplexen Problemsituationen eingeschaltet wurde, wenn es darum geht, Lösungen für scheinbar unlösbare Probleme zu finden. Die Bedingungen von Menschen mit schweren und chronischen Erkrankungen verlangen den Einsatz von Case Management. Es reicht nicht, Patienten ein Hilfsmittel zu besorgen, wenn es aus Scham nicht akzeptiert wird. Es reicht nicht, einen Platz in einer Rehabilitationsklinik zu organisieren, wenn die Kinder nicht versorgt sind, eine Räumungsklage bevorsteht, die Kündigung droht oder keine finanziellen Mittel vorhanden sind.

11.4 Funktionen von Sozialarbeitern als Case Manager im Krankenhaus

Sozialarbeiter übernehmen als Case Manager im Krankenhaus für Patienten und Angehörige unterschiedliche Funktionen.

Als **Gate-Keeper** steuern sie den Zugang zu öffentlichen Versorgungssystemen mit dem Ziel der Wirtschaftlichkeit für das Krankenhaus. Es wird geklärt, welche Hilfeleistungen der Patient erhalten kann. Je schneller Patienten in andere Versorgungsstrukturen übergeleitet werden können, desto eher können neue Patienten aufgenommen und DRG-Pauschalen abgerechnet werden. In seiner Funktion als **Support** unterstützt der Sozialdienst Patienten und Angehörige durch Information und Beratung und koordiniert die erforderlichen Hilfen. Die Hilfen müssen auf die individuelle Situation zugeschnitten sein und es muss eine neutrale Vermittlung erfolgen. Diese Funktion als **Broker** ist wichtig, da Kliniken Kooperationsverträge mit nachstationären Einrichtungen schließen und die Neutralität dadurch gefährdet ist.

Eine zentrale Rolle spielt der Kliniksozialdienst in seiner Funktion als Anwalt des Patienten (**advocacy**). Die Bedürfnisse und Interessen des Patienten stehen im Mittelpunkt, Patientenwünsche müssen berücksichtigt werden, wenn sie realistisch sind und die Umsetzung durchführbar ist. Der Sozialdienst vertritt die Interessen des Patienten und unterstützt ihn bei der Durchsetzung seiner Ansprüche. Dies ist unbedingt erforderlich in einem Gesundheitssystem, in dem es um ökonomische Interessen und nicht mehr um den einzelnen Menschen zu gehen scheint, wo Patienten wegen des enormen Kostendrucks für Leistungen kämpfen müssen, auf die sie Anspruch haben.

11.5 Phasen des Case Management der Sozialarbeit im Krankenhaus

Das Case Management der sozialen Arbeit im Krankenhaus erfolgt in unterschiedlichen Phasen:

11.5.1 Intake

Beim Intake geht es darum, wie Patienten und Angehörige Zugang zu den Leistungen des Sozialdienstes erhalten. Im Gegensatz zu anderen Behandlungsformen im Krankenhaus muss Sozialarbeit nicht verordnet werden. Der Sozialdienst wird aktiv, sobald irgendjemand anfragt oder auf eine Problemsituation hinweist. Dies können die Patienten selbst, Angehörige, Bekannte und Nachbarn, kooperierende Institutionen, Ärzte, Pflegende, Therapeuten, Psychologen, Seelsorger, Versorgungsassistenten, ehrenamtliche Helfer sein.

Sozialarbeit muss ihre Aufgaben und Arbeitsweise innerhalb des Stationsteams und der Klinik immer wieder aufzeigen und transparent machen, damit andere Professionen wissen, wann der Sozialdienst einzuschalten ist. Es geht um Öffentlichkeitsarbeit innerhalb und außerhalb der Klinik. Die Möglichkeit einer elektronischen Anforderung sollte bestehen, dies darf aber nicht die einzige Art der Anforderung sein.

In Teambesprechungen, Sozialvisiten und durch Screening-Verfahren werden diejenigen Patienten ermittelt, die eventuell ein Case Management benötigen:

- Patienten mit schweren Erkrankungen, mit psychisch und physisch belastenden Behandlungen, mit fortschreitenden Erkrankungen, in einer palliativen Situation oder auch mit belasteten Angehörigen und Bezugspersonen,
- Patienten mit Rehabilitationsbedarf,
- Patienten, die voraussichtlich einen nachstationären Versorgungsbedarf haben (ambulant oder stationär),
- Patienten, die sich in einer schwierigen sozialen Situation befinden (z.B. unversorgte Angehörige, Wohnungslosigkeit),
- Patienten, die aufgrund ihrer wirtschaftlichen oder beruflichen Situation einen sozialrechtlichen Beratungsbedarf haben

(vgl. Heidelberger Entlassmanagement der Klinischen Sozialarbeit am Universitätsklinikum 2007). Diese „Auswahlkriterien“ müssen auch dem Patientenmanagement, Aufnahmeärzten und anderen aufnehmenden Stellen, aber auch Pflegenden und Therapeuten zugänglich gemacht werden, damit der Sozialdienst möglich frühzeitig eingeschaltet werden kann.

Zum Intake gehört auch, Patienten und Angehörige auf das Angebot der klinischen Sozialarbeit aufmerksam zu machen. Dies kann durch Plakate, Aushänge und Flyer erfolgen. Es sollten Tätigkeiten, Sprechstunden, Erreichbarkeit und Möglichkeiten der Kontaktaufnahme, sowie der Ort des Büros vermerkt sein. Die meisten Patienten werden auf den Sozialdienst durch Behan-

delnde und Patienten im Krankenhaus aufmerksam (vgl. Layer / Mühlum 2003, 35f). Jeder Mitarbeiter der klinischen Sozialarbeit muss mit Visitenkarten und Namensschild ausgestattet sein. Das Büro muss gut erreichbar, barrierefrei und gut ausgeschildert sein.

11.5.2 Assessment

Nach dem Intake folgt das Assessment, die umfassende Beschreibung und Dokumentation der Lebens- und Versorgungssituation, der ökonomischen Situation und der Bedarfslage der Betroffenen (vgl. DVSG 2007, 3). Das Assessment umfasst Anamnese und Diagnose.

Grundlage für eine umfassende Beschreibung der Problemsituation ist eine ausführliche Anamnese. Alle Informationen, die durch Gespräche mit Patienten, Angehörigen und Bezugspersonen, durch Einsicht in Patientenakten, durch multiprofessionelle Teambesprechungen und Visiten oder im Kontakt mit anderen Institutionen gewonnen werden, werden gesammelt.

Die Diagnose der Sozialarbeit unterscheidet sich grundsätzlich von der medizinischen und psychotherapeutischen Diagnose. Sie analysiert die persönliche, soziale und wirtschaftliche Situation sowie die Ressourcen des Klienten und seines Umfeldes. Auch momentan nicht zur Verfügung stehende Ressourcen werden ermittelt, und es wird eine Gesamteinschätzung der Situation vorgenommen.

Probleme von Patienten und Angehörigen können sich auf folgende Bereiche beziehen (vgl. Menzel 2008):

- **Bewältigung der Erkrankung**: Probleme bei der Krankheitsverarbeitung, existenzielle Ängste, Probleme bei der Entwicklung von Perspektiven und Lösungsstrategien, Suchtproblematik.
- **Soziale Netzwerke**: fehlende Angehörige oder fehlende soziale Vernetzung, Partnerschaftskonflikte, familiäre Belastungen, belastete Angehörige oder ungesicherte Versorgung Angehöriger.
- **Zugang zu sozialstaatlichen Leistungen**: ungenügender oder fehlender Versicherungsschutz, Probleme bei der Sicherung von Leistungsansprüchen, unzureichende wirtschaftliche Sicherung, Probleme bei der Finanzierung von erforderlichen Leistungen, Unterstützungsbedarf bei der Erschließung von Leistungen.
- **Funktions- und Leistungseinschränkungen**: eingeschränkte psychische Belastbarkeit und körperliche Leistungsfähigkeit, eingeschränkte Entscheidungs-, Handlungs- und Kommunikationsfähigkeit, Probleme bei der Mobilität und daraus folgender medizinischer Rehabilitationsbedarf.
- **Alltagsbewältigung und Wohnumfeld**: unzureichende Selbstversorgung, Probleme bei der Bewältigung des Alltags, ungesicherte medizinische, pflegerische oder psychotherapeutische Versorgung, ungesicherte Weiterführung des Haushaltes, unzureichende Wohnsituation.

- **Teilhabe am Arbeitsleben**: Probleme am Arbeitsplatz oder fehlender Arbeitsplatz, unklare oder unzureichende berufliche Leistungsfähigkeit, eingeschränkte Teilhabe am Erwerbsleben.

Für die Erfassung der Alltagskompetenz und der Funktionseinschränkungen spielen Assessmentinstrumente wie der Barthel-Index und Patientenprofile eine wichtige Rolle, in geriatrischen Kliniken wird ein geriatrisches Assessment erhoben. Das Assessment ist die wichtigste Phase des Case Management und ist die Grundlage für die Wahl von geeigneten Hilfen.

11.5.3 Service planning

Nach der umfassenden Problem- und Ressourcenanalyse erfolgen zusammen mit den Betroffenen und den Bezugspersonen die Planung der Hilfen und die Vereinbarung von Zielen. Ziele sollen realistisch und erreichbar sein. Entsprechend dem zuvor ermittelten Bedarf werden mit allen Beteiligten „Vereinbarungen zu Versorgungs- und Unterstützungsleistungen getroffen und in einem Hilfeplan festgeschrieben“ (Remmel-Faßbender 2009, 155). Die gemeinsame Planung der Hilfen zusammen mit allen Beteiligten ist die Bedingung dafür, dass Interventionen und Hilfen von Patienten und Angehörigen akzeptiert werden. Denn es zeigt sich in der Praxis immer wieder, dass aufwändige Interventionen nicht greifen, weil sie nicht von allen Beteiligten im System akzeptiert werden können. Durch eine kompetente Gesprächsführung müssen dann die Hintergründe der Ablehnung in Erfahrung gebracht werden.

11.5.4 Linking

Nach der Hilfeplanung kommt es zu einer „Verknüpfung (...) von Klientensystem und Hilfeleistung“ (Galuske 1999, 186; zit. nach Lowy). Beim Linking werden entsprechend der individuellen Situation des Patienten passgenaue Hilfen ermittelt und den Betroffenen zugänglich gemacht. Grundlage dafür ist der oben erwähnte Hilfe- und Versorgungsplan.

11.5.5 Kontrollierte Durchführung der Intervention

Erst jetzt erfolgt die kontrollierte Durchführung der Intervention. Die Interventionen der klinischen Sozialarbeit im Krankenhaus wurden oben bereits beschrieben (psychosoziale, soziale und wirtschaftliche Interventionen, ambulante und stationäre Nachsorge, medizinische Rehabilitation, Teilhabe am Arbeitsleben). Es werden die notwendigen Dienste eingeschaltet und miteinander vernetzt, geeignete Einrichtungen gesucht und die notwendigen Anträge gestellt, damit die Finanzierung der Hilfen gesichert ist. Mit dem Behandlungsteam muss immer wieder abgestimmt werden, ob die Interventionen noch angemessen sind, ob sich an der Situation des Patienten etwas verändert hat oder ob sich Veränderungen im Behandlungsablauf ergeben haben. Der Prozess wird vom Sozialarbeiter überwacht und verantwortlich gesteuert. Hier ist der Mitarbeiter des Sozialdienstes die Person im Behandlungsteam, die die Fäden in der Hand hält, den Überblick hat, welche Dienste eingeschaltet wurden, welche Termine bestehen, welche Anträge notwendig sind, ob Befundberichte, Pflegeberichte, Verordnungen und Bescheinigungen

an die richtige Stelle gelangen, ob über Leistungen entschieden wurde, ob Patienten und Angehörige die zuvor vereinbarten Tätigkeiten durchgeführt haben und Absprachen eingehalten wurden. Sozialarbeiter sind die Personen, die den Kontakt zu allen Beteiligten innerhalb und außerhalb der Klinik haben. Sie fungieren als Kontakt- und Ansprechperson, Begleiter und Lotse. Bei ständig wechselnden Ausgangssituationen und Bedingungen ist dies sowohl für das Behandlungsteam als auch für die Patienten und die Angehörigen sehr wichtig (vgl. Menzel 2009).

Die Tätigkeiten und Abläufe müssen fortlaufend dokumentiert werden. Es sollten sowohl ausführliche Handakten bestehen, die erfolgten Interventionen müssen auch in Patientenakten auf Station und im elektronischen medizinischen Dokumentationssystem vermerkt werden.

Zum Beispiel hat die klinische Sozialarbeit am Universitätsklinikum Heidelberg zur besseren Informationsvermittlung und Transparenz einen Verlaufsbogen entwickelt, der im ISH (medizinisches Dokumentationssystem) eingestellt ist und von jeder Berufsgruppe eingesehen werden kann. Dort wird regelmäßig eingetragen, in welchen Kliniken und in welchen Rehabilitationsphasen Patienten angemeldet werden (dies spielt vor allem in der neurologischen Rehabilitation eine große Rolle), wann ein Antrag auf Kostenübernahme gestellt und wann er genehmigt wurde. Auch andere Tätigkeiten wie Beratung zu verschiedenen Themen, Beantragung vom Schwerbehindertenausweis, Organisation von ambulanter oder stationärer Pflege, Einleitungen von gesetzlichen Betreuungen werden vermerkt. Die Einführung des Verlaufsbogens wurde im Klinikum sehr positiv aufgenommen. Er dient inzwischen nicht nur der Informationsvermittlung, sondern wird vom Medizincontrolling und den DRG Beauftragten als Argumentationshilfe bei Überprüfungen des MDK herangezogen.

11.5.6 Evaluation

Bei der Evaluation wird die Wirkung und die Qualität der geleisteten Arbeit überprüft und bewertet. Eine bedeutende Rolle bei der Bewertung spielt die Patientenzufriedenheit. In den meisten Krankenhäusern wird die Zufriedenheit mit den Serviceleistungen, dem Ablauf und der Behandlung durch Patientenfragebögen erfasst. Hier muss die Sozialarbeit darauf hinwirken, dass sie in den Fragebögen aufgenommen wird. Die meisten Patienten äußern sich nur, wenn sie mit der Behandlung oder der Versorgung im Krankenhaus unzufrieden sind, es sei denn, sie werden bei der Entlassung direkt aufgefordert, einen Fragebogen auszufüllen und ihre Zufriedenheit oder Kritik zu äußern. Patientenfragebögen dienen der Klinik dazu, die Qualität zu sichern und ihre Leistungen zu optimieren.

Es gibt bisher leider wenige Untersuchungen darüber, wie sich das Angebot der klinischen Sozialarbeit im Krankenhaus auf die Zufriedenheit und die Lebensqualität von Patienten auswirkt. Gahleitner und Becker-Bikowski konnten in ihrer Untersuchung aufzeigen, dass die klinische Sozialarbeit „eine wichtige Rolle bei der lebenspraktischen Veränderungs- und Bewältigungsunterstützung, der Bildung konstruktiver subjektiver Konzepte der veränderten Lebenssituation und der Todesbedrohung sowie der Umfeldarbeit" spielt (Gahleitner / Becker-Bikowski 2008, 11).

Wirkung, Nutzen und Notwendigkeit der klinischen Sozialarbeit im Krankenhaus werden von den Klinikträgern anders bewertet als von den Patienten und Angehörigen und der Berufsgrup-

pe selbst. So stehen beim Klinikträger ökonomische Gesichtspunkte im Vordergrund, psychosoziale und sozialrechtliche Beratung von Patienten und Angehörigen wird als Luxus und als nicht unbedingt erforderlich betrachtet.

Patienten und Angehörige erleben die Unterstützung durch die Klinische Sozialarbeit bei der Bewältigung der mit der Erkrankung zusammenhängenden Probleme als hilfreich, zu diesem Ergebnis kommen Layer und Mühlum in einer Evaluationsstudie über Krankenhaussozialarbeit aus Sicht der Patienten. „Leistungen, die ausdrücklich als hilfreich eingeschätzt werden, sind *Beratung* in leistungsrechtlichen und rehabilitativen Fragen, *Unterstützung* bei Antragsverfahren und Organisation der Rückkehr nach Hause oder Übersiedlung ins Heim, *Vermittlung* von (internen und externen) Kontakten mit besonderer Bedeutung der Verbindung zu externen Diensten“ (Layer / Mühlum 2003, 52).

Sozialarbeit leistet einen wesentlichen Beitrag zur Patientenzufriedenheit und ist damit zur Qualitätssicherung des Krankenhauses unverzichtbar. Um Wirkung und Notwendigkeit der Klinischen Sozialarbeit im Krankenhaus den Entscheidungsträgern aufzuzeigen, muss sich Sozialarbeit immer wieder präsentieren, ihre Aufgaben und ihren Beitrag zur Wirtschaftlichkeit und Patientenzufriedenheit und damit zur positiven Außenwirkung aufzeigen.

Ob die Interventionen der klinischen Sozialarbeit wirkungsvoll und angemessen waren, wird häufig erst dann deutlich, wenn Patienten noch einmal in die Klinik kommen oder auch über die Nachsorge weiterhin betreut werden. Wiederholte Einweisungen in die Klinik können ein Indikator für eine ungenügende Versorgung sein.

Die statistische Erfassung und Auswertung der geleisteten Arbeit ist unbedingt erforderlich, damit deutlich wird, wie viele Patienten das Angebot der klinischen Sozialarbeit benötigen. Im Krankenhaus ist der OPS-Katalog (Operationen- und Prozedurenschlüssel) eine Grundlage für die Dokumentation von Leistungen und für die Abrechnung von Krankenhausleistungen nach dem DRG-System. Im OPS-Katalog sind auch Kodes für psychosoziale Leistungen enthalten. Die Tätigkeiten der Sozialarbeit können bei einem Zeitaufwand von mehr als 50 Minuten pro Fall unter den OPS-Ziffern 9.401 (psychosoziale Interventionen) im OPS-Katalog codiert werden, dies ist bei einem Großteil der Patienten der Fall. Die Leistungen müssen von der Berufsgruppe, die sie erbringt im DRG-System der Klinik codiert werden (vgl. DVSG 2006b, 35f.).

Die Effektivität und Qualität des beruflichen Handelns wird von den Sozialarbeitern durch Fallbesprechungen, kollegialen Austausch und Supervision evaluiert (Selbstevaluation). Die Auseinandersetzung mit schwerer Erkrankung, Sterben, Krisensituationen, aber auch die Konfrontation mit enormem Zeitdruck und den Strukturen und Rahmenbedingungen des Krankenhauses können für die Sozialarbeiter eine große Belastung darstellen. Fallbesprechungen, kollegialer Austausch und Supervision sind unbedingt erforderlich, um einem Burnout vorzubeugen.

11.6 Interne und externe Kooperation, Kommunikation und Vernetzung

„Ein typisches Merkmal für das Gesundheitswesen ist die Zusammenarbeit aller an der Versorgung (...) beteiligten Berufsgruppen.“ (Reinicke 2008, 122). Die klinische Sozialarbeit arbeitet mit unterschiedlichen Berufsgruppen und Abteilungen innerhalb der Klinik und mit Leistungsträgern und Leistungsanbietern außerhalb der Klinik zusammen.

11.6.1 Interne Kooperation

Die Zusammenarbeit und Kommunikation mit Ärzten, Pflegenden, Physio-, Ergotherapeuten, Logopäden und Psychologen ist für die klinische Sozialarbeit unabdingbar, denn sie benötigt Informationen aller, die mit dem Patienten befasst sind, um die Situation, die Einschränkungen und Fähigkeiten des Patienten und seinem Umfeld zu erfassen und um zu entscheiden, bei welchen Patienten ein Case Management erforderlich ist.

Abbildung 1 zeigt, mit welchen Stellen im Krankenhaus die klinische Sozialarbeit zusammen arbeitet. Für die Gesamteinschätzung der Situation und die Planung der Hilfen werden Informationen von den unterschiedlichen Professionen benötigt. Die Mitarbeiter des Behandlungsteams schalten den Sozialdienst ein, wenn sie einen Bedarf sehen. Es gibt Abteilungen, die Informationen des Sozialdienstes nutzen, und Abteilungen, deren Dienste für die Durchführung des Case Management benötigt werden.

In der Zusammenarbeit mit den an der Behandlung Beteiligten übernimmt der Sozialdienst eine Koordinationsfunktion. Die Informationen über den Patienten und sein Umfeld, den Behandlungsverlauf, Funktionseinschränkungen und Beeinträchtigungen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens werden gebündelt und wie ein Puzzle zu einem Gesamtbild zusammen gefügt.

Voraussetzung für ein koordiniertes Vorgehen und eine gute Zusammenarbeit ist eine gute Kommunikation zwischen allen Beteiligten. Im Klinikalltag sind Kommunikationsprobleme allgegenwärtig. Da an der Behandlung und Versorgung des Patienten viele Personen beteiligt sind und das Personal durch den Schichtbetrieb häufig wechselt, kann es leicht zu Missverständnissen und falschen Informationen kommen. Es kann passieren, dass Sachverhalte ungenau, lückenhaft oder mit subjektiver Wertung von einer Person zur anderen weiter gegeben werden, bis am Ende wie bei der „Flüsterpost“ ein völlig anderes Ergebnis ankommt, das dann in die nächste Schicht getragen wird. Um dies zu vermeiden, sind Teambesprechungen und regelmäßige Übergaben erforderlich, wichtige Informationen müssen schriftlich fixiert werden. Die klinische Sozialarbeit muss in Teambesprechungen eingebunden werden, dies ist leider nicht selbstverständlich und aus Zeitgründen auch nicht immer machbar. Die klinische Sozialarbeit muss Informationen, die sie erhält, immer wieder überprüfen (z.B.: Ist die Person, die den Patienten besucht, seine Schwester, Lebensgefährtin, Bekannte oder Ehefrau?).

Die Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team ist nicht immer unproblematisch. Die Arbeitsbereiche der unterschiedlichen Professionen sind selten eindeutig abgrenzbar, es gibt zahl-

Abbildung 1: *Interne Kooperation und Vernetzung*

Zeichenlegende:
- - - Gegenseitiger Informationsaustausch:
—— Anforderung von Informationen durch:
········ Nutzung der Angebote von:

Medizin
Medizinische Diagnose, medizinische Behandlung, Behandlungsplanung, Behandlungsdauer, Prognose

Pflege
Pflegerische Versorgung, Vitalparameter, Hilfebedarf bei der Körperpflege, Mobilität, pflegerische Besonderheiten

Brücken- / Überleitungspflege
Organisation der pflegerischen Versorgung im häuslichen Umfeld, pflegerische Besonderheiten (Tracheostoma, Ernährungssonden, Port)

Psychologie
Kognitive Einschränkung, psychische Belastung, Psychopathologie, Krankheitsverarbeitung

Logopädie
Sprechen, Schlucken, Kommunikationsfähigkeit

Medizincontrolling / DRG Beauftragte
Verweildauer, MDK-Anfragen

Patient

Klinische Sozialarbeit

Verwaltung
Kostensicherung, Behandlungssicherung

Klinikseelsorge
Lebens- und Glaubensfragen, Krankheit und Sterben

Ergotherapie
Alltagskompetenzen, Hilfsmittel, Wahrnehmung, Motorik

Krankengymnastik
Körperliche Einschränkungen, Mobilität, Hilfsmittel

Patientenmanagement
Aufnahme, Screening für Sozialarbeit, Entlassung

Besuchsdienste

EDV Abteilung
Technische Ausstattung, elektronische Dokumentation, OPS-Codierung

Medienabteilung
Präsentation, Öffentlichkeitsarbeit

reiche Überschneidungen, Konkurrenz und Konflikte sind die Folge. Um dies zu vermeiden, muss sich Sozialarbeit – wie schon mehrmals erwähnt – im Team präsentieren und positionieren.

Von Patienten und Angehörigen, aber auch vom Behandlungsteam wird die klinische Sozialarbeit häufig als neutrale Stelle wahrgenommen. Sie kann einen Beitrag leisten, die Kommunikation zwischen den Berufsgruppen, aber auch zwischen den Mitarbeiter der Klinik und den Patienten und Angehörigen zu fördern und bei Konflikten zu vermitteln.

11.6.2 Externe Kooperation

Abbildung 2 zeigt, mit welchen Stellen die klinische Sozialarbeit außerhalb des Krankenhauses zusammenarbeitet. Um ein optimales Versorgungsmanagement zu gewährleisten, passgenaue Hilfen zu vermitteln und die Finanzierung der Hilfen zu sichern, ist eine enge Kooperation mit Leistungsträgern und Leistungserbringern erforderlich.

Da die Auffassungen der Leistungsträger über Zuständigkeiten, Art und Notwendigkeit der Leistungen häufig nicht mit denen der klinischen Sozialarbeit übereinstimmen, sind Verhandlungsgeschick, fundierte sozialrechtliche Kenntnisse und Konfliktfähigkeit gefragt.

Die Kooperation und der regelmäßige Austausch mit Leistungserbringern sind wichtig, um innerhalb kurzer Zeit die Anschlussversorgung zu sichern und um schnelle unbürokratische Lösungen zu finden. Ohne kontinuierliche persönliche Kontakte ist dies häufig nicht möglich.

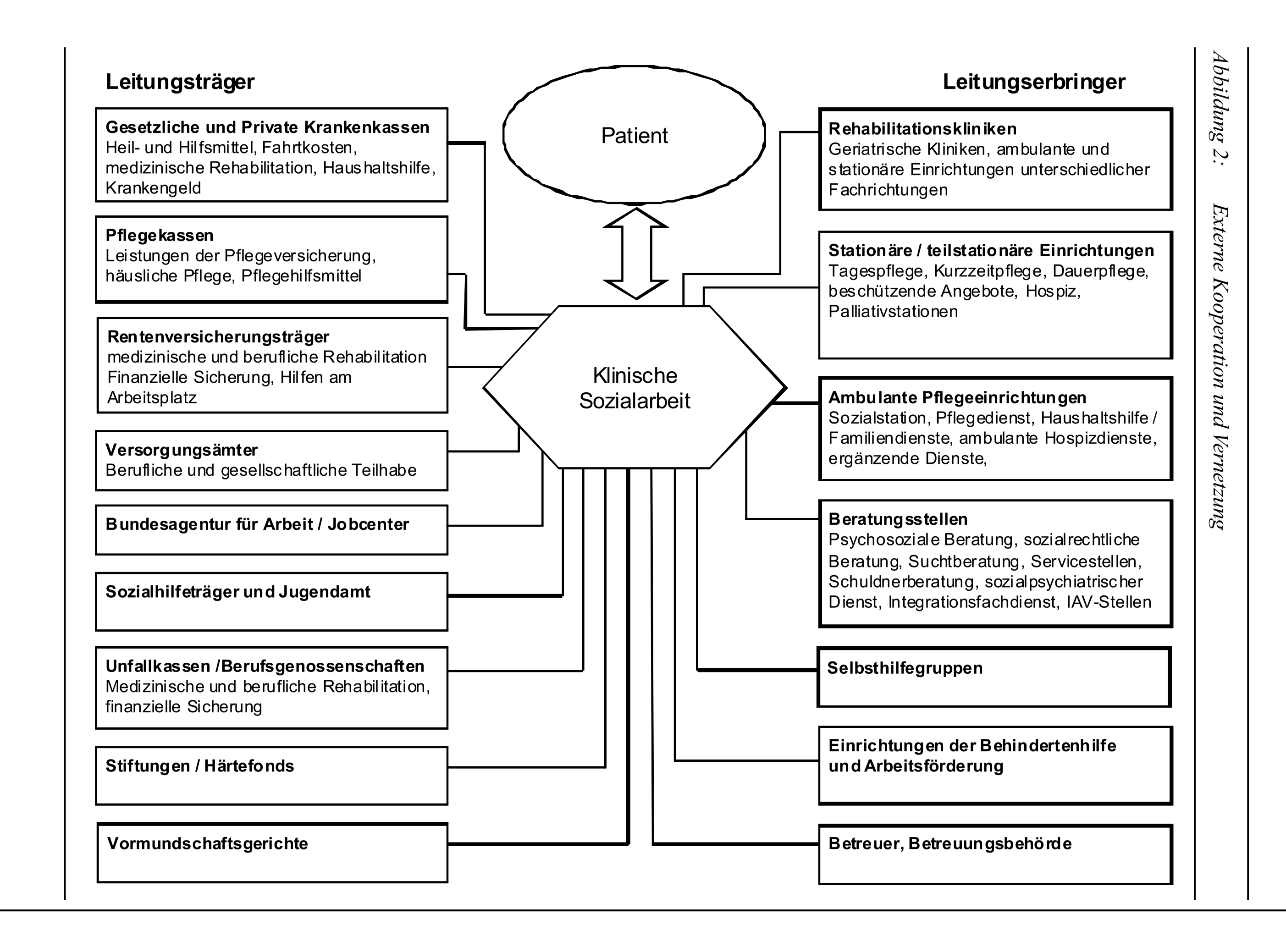
11.7 Ein Beispiel aus der Praxis

Der 80-jährige Herr H. wird mit einem Schlaganfall in die neurologische Klinik aufgenommen. In den täglichen Teambesprechungen auf der Schlaganfallstation erfährt die Sozialarbeiterin, dass Herr H. eine Halbseitenlähmung hat und bei allen Verrichtungen des täglichen Lebens auf Hilfe angewiesen ist. Durch eine Aphasie ist die Kommunikation mit dem Patienten erschwert. Herr H. ist unruhig, unkooperativ und gibt zu verstehen, dass er unbedingt nach Hause will.

Angehörige von Herrn H. wenden sich an den Sozialdienst, um sich über Versorgungsmöglichkeiten zu informieren. Bei einem ausführlichen Gespräch zeigt sich folgende Situation: Herr H. lebt zusammen mit seiner 78 jährigen Ehefrau, die an einer Demenz leidet. Bisher hat sich Herr H. um seine Frau gekümmert und jegliche Unterstützungsangebote der Söhne der Ehefrau und seiner Tochter abgelehnt, er will auch keine Hilfe von einem professionellen Dienst beanspruchen. Seit er im Krankenhaus ist, wird das Ausmaß der Hilfsbedürftigkeit der Ehefrau erst richtig deutlich. Ihre beiden Söhne können die Versorgung nur vorübergehend sicherstellen und wissen nicht, wie es weiter gehen soll. Um Konflikte zu vermeiden, wollen sie die notwendigen Schritte zur Versorgung der Mutter nur mit der Zustimmung von Herrn H. unternehmen.

Nach einer ausführlichen Beratung über ambulante und stationäre Versorgungsmöglichkeiten, favorisieren die Söhne für ihre Mutter eine Kurzzeitpflege. Im Verlauf des Krankenhausauf-

Abbildung 2: Externe Kooperation und Vernetzung



enthaltes verbessert sich der Zustand des Patienten, die Verständigung mit ihm wird leichter. Zur Wiederherstellung der Mobilität und zur Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit ist unbedingt eine Rehabilitationsmaßnahme erforderlich. In Gesprächen mit allen Beteiligten zeigt sich, dass alle ein Ziel haben: Die Eheleute sollen weiterhin in ihrem häuslichen Bereich leben können. Auch Herr H. hat dieses Ziel, er möchte möglichst schnell wieder nach Hause, trotzdem lehnt er eine Rehabilitationsmaßnahme zunächst ab.

Unter Berücksichtigung der Gesamtsituation schlägt die Sozialarbeiterin eine geriatrische Rehabilitationsmaßnahme am Wohnort vor, denn sie weiß, dass es in der geriatrischen Rehabilitationsklinik auch Kurzzeitpflegeplätze gibt. Nachdem in Erfahrung gebracht wurde, dass ein Kurzzeitpflegeplatz zur Verfügung steht und auch Herr H. zeitnah in die Rehabilitationsklinik aufgenommen werden kann, sind alle Beteiligten (Herr und Frau H., die Söhne und die Tochter) mit dieser Lösung einverstanden.

Nun beginnt die kontrollierte Intervention: Herr H. wird nach Beschaffung der ärztlichen Unterlagen und einem durch die Pflege erhobenen Barthel-Index in der geriatrischen Rehabilitationsklinik angemeldet, gleichzeitig wird bei der zuständigen Krankenkasse ein Antrag auf Kostenübernahme gestellt. Nach Absprachen mit dem gesamten Behandlungsteam wird ein möglicher Entlassungstermin vereinbart.

Mit den Angehörigen wird besprochen, welche Unterlagen für die Anmeldung der Ehefrau in der Kurzzeitpflege benötigt werden und dass ein Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt werden muss. Es wird vereinbart, wer welche Aufgaben übernimmt. Die Sozialarbeiterin übernimmt die Koordination der nachstationären Versorgung von Herrn H. und seiner Ehefrau, überprüft, ob alle notwendigen Schritte eingeleitet wurden, ob alle Unterlagen an die richtigen Stellen gelangen, ob die Finanzierung der Maßnahmen gesichert ist und ob die vereinbarten Termine eingehalten werden können.

Herr H. und seine Ehefrau kommen fast zeitgleich in die geriatrische Einrichtung. Alle Beteiligten sind mit dem Ablauf zufrieden, fühlen sich gut betreut und mit ihren Bedürfnissen ernst genommen. Herr H. wurde ab dem Zeitpunkt des Lösungsvorschlages wesentlich zugänglicher und kooperativer. Er war beruhigt, dass seine Frau in seiner Nähe sein kann und er sich keine Sorgen um sie machen musste. So leistet die klinische Sozialarbeit einen wesentlichen Beitrag zur Behandlungssicherung und zur Zufriedenheit des Patienten und gewährleistet darüber hinaus die Entlassung innerhalb der vorgegebenen Verweildauer. Abschließend informiert die Sozialarbeiterin den Sozialdienst der weiter versorgenden Einrichtung über die Familien- und Versorgungssituation.

11.8 Voraussetzungen für ein Case Management durch die klinische Sozialarbeit

11.8.1 Kompetenzen

Case Management ist keine eigenständige Profession, dennoch kann nicht jeder Case Manager sein.

> *„Die besondere Befähigung von Case Manager/innen besteht in dem Vermögen, zwischen den Versorgungsmöglichkeiten im Sozialleistungssystem und der Sorge von Menschen in ihrer individuellen und gemeinsamen Lebensführung vermitteln zu können und dazu die Gegebenheiten in der individuellen Lebenslage in formelle und informelle Lösungen übersetzen zu können und dazu passende Hilfen und Maßnahmen heran zu ziehen" (Wendt 2008, 154).*

Wendt drückt in einem Satz aus, welche Fähigkeiten für ein Case Management erforderlich sind. Es kommt darauf an, den Menschen in seiner individuellen Gesamtsituation und seiner Geschichte zu sehen, denn der Krankenhausaufenthalt ist nur ein sehr kleiner Bruchteil des Lebens der Betroffenen. Krankheit muss in einem bio-psycho-sozialen Kontext gesehen werden, ein einseitiger Blick ist nicht hilfreich. Die Fähigkeit zu einer empathischen Beziehungsgestaltung, Gesprächsführungskompetenz, das Wissen um Grundlagen der Kommunikation und das Zustandekommen von Kommunikationsstörungen und Missverständnissen sind unverzichtbar. Durch verschiedene Methoden der Gesprächsführung und Beratung ist es möglich, Kenntnis über die Problemlagen in Zusammenhang mit der Erkrankung zu erhalten, Gründe für Ablehnung von Hilfen oder abwehrendes Verhalten zu erfahren oder auch über schwierige und unangenehme Themen zu sprechen. Ein Case Manager muss eine Beziehung herstellen, darf den Kontakt auch unter schwierigen Bedingungen und bei Konflikten nicht abbrechen und muss wissen, wie Verhalten zustande kommt, welchen Hintergrund es hat und wie schwierigen Verhaltensweisen zu begegnen ist. Fundierte sozialrechtliche Kenntnisse, ein umfassender Überblick über Hilfsangebote und Zugangsvoraussetzungen sind unabdingbar. Eine besondere Bedeutung haben Schnittstellen- und Vernetzungskompetenz. All diese Fähigkeiten sind erforderlich um passgenaue Hilfen ausfindig zu machen und zu vermitteln.

Durch ihre breit gefächerte Ausbildung haben Sozialarbeiter im Krankenhaus die notwendigen Voraussetzungen zur Durchführung eines Case Management.

11.8.2 Strukturelle und personelle Voraussetzungen

Case Management im Krankenhaus kann durch die klinische Sozialarbeit nur dann durchgeführt werden, wenn die entsprechenden personellen und strukturellen Voraussetzungen vorliegen. Um bei den ermittelten Patienten ein Case Management, wie es hier geschildert wird, durchführen zu können, muss der Sozialdienst personell dafür ausgestattet sein. Dies ist jedoch nur sehr selten der Fall. Die Mitarbeiter der Sozialdienste im Krankenhaus arbeiten häufig unter extrem schwierigen Bedingungen. Während sich die Fallzahlen erhöhen, die Verweildauern im-

mer kürzer werden, Verwaltungs- und Dokumentationsaufgaben zunehmen, der Zeitdruck wächst, verändert sich an der Stellensituation nicht viel. So können häufig nur die aller wichtigsten Dinge erledigt werden. Der Fachverband für Sozialarbeit im Gesundheitswesen DVSG hat 2003 Anhaltszahlen für Sozialarbeit im Akutkrankenhaus veröffentlicht und empfiehlt für Fachbereiche wie Onkologie, Neurologie, Geriatrie pro Vollzeitstelle 400 bis 500 Fälle pro Jahr bei einem Zeitaufwand von ca. 200 bis 240 Minuten pro Fall (DVSG 2006b, 34).

Die klinische Sozialarbeit ist im Krankenhaus eine kleine Berufsgruppe. Sozialarbeitern gelingt es nicht immer, sich selbstbewusst zu präsentieren, ihre Kompetenzen und Fachlichkeit darzustellen und ihren Beitrag zur Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses und zum Versorgungsmanagement deutlich zu machen. Soziale Arbeit im Krankenhaus macht viel zu häufig das, was andere von ihr erwarten, statt offensiv vorzugehen. Die Etablierung von Sozialarbeit im Krankenhaus war auch in den Anfängen nur deshalb möglich, weil engagierte Kolleginnen die Initiative ergriffen und Forderungen gestellt haben.

Für ein Case Management im Krankenhaus durch die klinische Sozialarbeit sind standardisierte Abläufe erforderlich, die nachvollziehbar und überprüfbar sein müssen. Sozialarbeit muss der Klinikleitung deutlich machen, dass sie einen wesentlichen Beitrag zur Wirtschaftlichkeit, Qualität und Wettbewerbsfähigkeit der Klinik und zur Patientenzufriedenheit leistet. Die klinische Sozialarbeit stellt die Verpflichtung des Krankenhauses zur Gewährleistung eines Versorgungsmanagements sicher. Sie muss die Klinikleitung davon überzeugen, dass es sich lohnt, zur Durchführung von Case Management auf die vorhandenen Kompetenzen der Sozialarbeit zurück zu greifen und den Sozialdienst entsprechend auszustatten. Dafür muss die klinische Sozialarbeit dem Krankenhaus ein Konzept für Case Management präsentieren und die personellen, technischen und räumlichen Bedingungen einfordern, die zur Durchführung erforderlich sind. Tut sie das nicht, werden andere Professionen im Krankenhaus das Case Management übernehmen.

Literatur

Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. 2006a:Tradition hat Zukunft. Stationen zur Entwicklung der Sozialarbeit im Gesundheitswesen und der Deutschen Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG). Mainz, 2. Aufl.

Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. 2006b: DVSG Fallgruppen für die Sozialarbeit im Gesundheitswesen. Mainz.

Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. 2007a: Produkt- und Leistungsbeschreibung der klinischen Sozialarbeit. Mainz, 2. Aufl.

Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. 2007b: Positionspapier Case Management und Soziale Arbeit. Mainz.

Gahleitner, Silke Birgitta / Becker-Bikowski, Kirsten / Schiel, Robin 2008: Lebensqualität von Tumorpatienten nach Operation und abgeschlossener Rekonstruktion im Mund- und Kieferbereich – Beitrag des Kliniksozialdienstes zur psychosozialen Versorgung. Online-Veröf-

fentlichung. Online-Publikation. Psydok – Volltextserver der Virtuellen Fachbibliothek Psychologie der Universität Saarland. URN: urn:nbn:de:bsz:291-psydok-10255.
Online verfügbar: http://psydok.sulb.uni-saarland.de/volltexte/2007/1025/ [22.09.2008].

GALUSKE, MICHAEL 1998: Methoden der Sozialen Arbeit. Weinheim/München.

HEIDELBERGER ENTLASSMANAGEMENT DER KLINISCHEN SOZIALARBEIT AM UNIVERSITÄTSKLINIKUM 2007: http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/klinische_sozialarbeit/PDF/070913KonzeptSAundEntl.pdf.

LAYER, HANS / MÜHLUM, ALBERT 2003: Krankenhaussozialarbeit aus Sicht der Patienten. Evaluationsstudie im Auftrag der DVSK. In: GÖDECKER-GEENEN, NORBERT / NAU, HANS / WEIS, ILSE (Hrsg.) 2003: Der Patient im Krankenhaus und sein Bedarf an psychosozialer Beratung. Eine empirische Bestandsaufnahme. Münster, Hamburg, London. 33-70.

MENZEL, REGINA 2009: Alles Reha oder was? Soziale Arbeit auf einer Stroke Unit ist mehr als die Einleitung von Rehabilitationen. In: Forum Sozialarbeit und Gesundheit 2/2009. 22-25.

MENZEL, REGINA 2008: Psychosoziale Diagnosen der Sozialarbeit im Gesundheitswesen. In: PANTUCEK, PETER / RÖH, DIETER (Hrsg.): Soziale Diagnostik. Stand der Entwicklung von Konzepten und Instrumenten. Tagungsband (i.p.).

PANTUCEK, PETER 1998: Lebensweltorientierte Individualhilfe. Eine Einführung für soziale Berufe. Freiburg im Breisgau.

REINICKE, PETER (Hrsg.) 2001: Soziale Arbeit im Krankenhaus. Vergangenheit und Zukunft. Freiburg im Breisgau.

REINICKE, PETER 2008: Sozialarbeit im Gesundheitswesen. Geschichte, Dokumente, Lebensbilder. Berlin.

REMMEL-FAßBENDER, RUTH 2009: Case und Care Management – Bedarf und Anforderungen in der Altenhilfe. In: ZIPPEL, CHRISTIAN / KRAUS, SIBYLLE (Hrsg.): Soziale Arbeit für alte Menschen. Ein Handbuch für die berufliche Praxis. Frankfurt am Main. 150-177.

STATISTISCHES BUNDESAMT 2008: http://de.statista.com/statistik/daten/studie/2604/umfrage/durchschnittliche-verweildauer-in-krankenhaeusern/.

WENDT, WOLF RAINER 2008: Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. Freiburg im Breisgau, 4. überarbeitete Auflage.

Autorin

Regina Menzel, Jahrgang 1964, Dipl. Sozialpädagogin (FH), seit 1990 als Sozialarbeiterin in unterschiedlichen Bereichen des Gesundheitswesens tätig und seit 2002 im Kliniksozialdienst des Universitätsklinikums Heidelberg in der Neurologischen Klinik beschäftigt. Lehrbeauftragte an der Evangelischen Fachhochschule Darmstadt. Mitglied im Leitungsteam der AG Baden Nord der DVSG (Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen).
Universitätsklinikum Heidelberg, Neurologische Klinik, Im Neuenheimer Feld 400, 69120 Heidelberg, Tel. 06221 / 565827
Email: Regina.Menzel@med.uni-heidelberg.de

Stephan Dettmers

12 Case Management im Akutkrankenhaus – gegenwärtige Konsequenzen für die soziale Arbeit und Pflegeprofession

12.1 Einleitung

Die Steuerung der Patientenversorgung in Akutkrankenhäusern hat seit einigen Jahren durch die veränderten ökonomischen Rahmenbedingungen durch z.B. Einführung der Diagnostic Related Groups (DRG) und der Stärkung der medizinisch-betriebswirtschaftlichen Allianz an Bedeutung gewonnen. Während in der Zeit vor den DRG mit einem Selbstkostendeckungsprinzip die Verweildauer von PatientInnen eine untergeordnete Rolle spielte, hat heute eine möglichst zeitnahe Entlassung Priorität. Da die Kliniken im Sinne einer eigenen Systemlogik funktionieren und tradierte Rollenzuschreibungen der Berufsgruppen und Machtverteilungen unverändert wirken, stellen sich hinsichtlich einer patientenorientierten und somit lebensweltorientierten Nachsorge besondere Herausforderungen an das Entlassungsmanagement. In diesem Artikel beschäftige ich mich daher mit der gegenwärtigen Situation von Sozialdiensten und zuständigen Pflegeüberleitungskräften in diesem Spannungsfeld.

12.2 Situation von Sozialdiensten

Die Überleitung in Nachsorgeeinrichtungen, Häuslichkeit oder ambulante Maßnahmen ist traditionell eine Aufgabe von Sozialdiensten in Krankenhäusern, allerdings immer unter Berücksichtigung patientenbezogener sozialer Faktoren. Waren SozialdienstmitarbeiterInnen häufig organisatorisch im Verwaltungsbereich angesiedelt, unterstehen sie heute vermehrt PflegedirektorInnen bzw. Leitungskräften aus der Pflegeprofession. Trotz eines akademischen Grades sind SozialarbeiterInnen fast ausschließlich im nichtwissenschaftlichen Bereich eingegliedert und zeitgleich eröffnen sich für andere originäre Ausbildungsberufe wie Pflege oder Physiotherapie neue Zugänge in den Hochschulbereich (vgl. Dettmers 2009).

Entlassungsmanagement zur zeitnahen Entlassung von PatientInnen wird marktorientiert von unterschiedlichen Professionen und Organisationen im Gesundheitswesen angeboten, die bisherigen Leistungen und Verdienste sozialer Arbeit bei der Berücksichtigung sozialer Kontexte bei Patienten finden hierbei in vielen Krankenhäusern wenig Beachtung. Vielmehr ist zurzeit von Interesse, den Fall im Rahmen der DRG zu steuern und somit punktgenau die wirtschaft-

lich attraktiven „mittleren Verweildauern" bei der Entlassung von Patienten zu treffen. Eine wesentliche Folge für Sozialdienste sind immens gestiegene Fallzahlen in kürzerer Zeit mit unveränderten Personalzahlen. Somit kommen SozialarbeiterInnen quantitativ und qualitativ häufig in schwierige Belastungssituationen, wobei zeitgleich auch ihre Legitimation im Zuge von massiven Personaleinsparungen in Krankenhäusern in Frage gestellt wird. Sozialarbeiterisches Handeln wird bisher von vielen MitarbeiterInnen, PatientInnen und Angehörigen ausschließlich mit administrativen Tätigkeiten in Verbindung gebracht (Dettmers 2009). Existenziell bedeutsame Unterstützungsleistungen sozialer Arbeit für PatientInnen und ihr soziales Nahfeld bei der Erschließung von materiellen Ressourcen oder Aktivierung sozialer Unterstützungsleistungen sind bisher kaum sichtbar bzw. bekannt. So finden sich diesbezüglich im deutschsprachigen Raum auch nur wenige Veröffentlichungen, die sich unter empirischen Gesichtspunkten mit Fragestellungen klinischer Sozialarbeit beschäftigen (vgl. Dettmers 2009, Geißler-Piltz 2006).

In dieser Situation wird seit einigen Jahren zeitgleich die Implementierung von Case Management z.B. durch die Deutsche Gesellschaft für Case- und Care Management (DGCC) forciert. Case Management als fall- und systemorientierte Steuerungsmethode bzw. Handlungsansatz (Löcherbach 2009) erscheint immer mehr als das zentrale Instrument bei der Bewältigung der immensen Beratungs- und Steuerungsaufgaben in Kliniken.

Merkwürdigerweise ist die soziale Arbeit mit ihrer langen Tradition multiperspektivischen Handelns nicht die Hauptprofiteurin dieser Entwicklung, vielmehr fühlen sich viele SozialdienstmitarbeiterInnen durch die neue pflegerische Besetzung traditionell besetzter Felder bedroht. Hinsichtlich einer verbesserten strukturierten Entlassung haben die medizinische und insbesondere die pflegerische Profession das Case Management für sich entdeckt, so werden parallel zu den Sozialdienststrukturen eigene pflegerische Patientenüberleitungsmodelle[1] geschaffen. Ich möchte an dieser Stelle vier Gründe darstellen, warum soziale Arbeit in Krankenhäusern teilweise in Bedrängnis gerät.

1) Die Identität sozialer Arbeit in Gestalt der Sozialdienste wird häufig durch die jeweilige beschäftigende Institution geprägt (vgl. Marchart 2008). SozialdienstmitarbeiterInnen haben sich nicht selten über eine reine Organisation von Überleitungen definiert und somit auch fachfremde Dienstleistungen in den Krankenhäusern übernommen, die dankbar von anderen Berufsgruppen zur eigenen Entlastung entgegengenommen werden. Der fachliche Anspruch bei der reinen Regelung von z.B. Anschlussheilbehandlungen oder pflegerischer ambulanter Weiterversorgung ohne soziale Problematiken hält sich aus meiner Sicht in Grenzen und trotzdem halten viele SozialarbeiterInnen an diesen Tätigkeiten fest, obwohl eine Abgabe von bestimmten Aufgaben im Sinne eines Qualifikationsmixes die Sozialarbeitsprofession deutlich entlasten würde (vgl. Bourgeault et al. 2008). Über empirische Analysen wie den „Fallgruppen Sozialer Arbeit" lassen sich bspw. solche reinen Dienstleistungsaspekte identifizieren (vgl. Brühl 2004).

2) Zudem verlieren sich manchmal soziale Einschränkungen von PatientInnen in der momentanen Funktion als *Fallmaschinen* in der Gesamtbehandlung, PatientInnen mit erheblichen sozialen Problemlagen können aufgrund der erstgenannten Aufgabenerfüllung nur leidlich

---

1 Z.B. der Expertenstandard Entlassungsmanagement (DNQP 2002).

beraten werden. Damit lässt sich das Alleinstellungsmerkmal der Bearbeitung sozialer und psychosozialer Probleme durch soziale Arbeit im Krankenhaus nur schwer darstellen.

3) Der quantitative Anteil sozialer Arbeit in Krankenhäusern ist extrem gering und die konzeptionelle Berücksichtigung sozialer Faktoren in der Gesamtbehandlung bisher unterbelichtet. Somit ist eine Einflussnahme bei patientenorientierten Überleitung als schwierig zu erachten, zumal nur eine kleine „Entscheidungsbefugnis“ vorhanden ist (Ansen et al. 2004, 81). Folglich ist es auch unrealistisch, ein fundiertes und verantwortliches Case Management ausschließlich sozialarbeitsbezogen vollständig zu implementieren. Die Kliniken verschenken an dieser Stelle deutlich Wertschöpfungspotenziale.

4) Die extrem kurzen Verweildauern beschränken die Sozialdienste in ihren Wirkungsgraden, da sie nur noch am zeitlichen und weniger am qualitativen Outcome der Entlassung gemessen werden. In der Regel haben die MitabeiterInnen nicht die vollen stationären Tage für die Fallbearbeitung zur Verfügung, häufig kommen Anforderungen erst zu einem späten Zeitpunkt und es entsteht eine unnötige Drucksituation für alle Beteiligten. Sinnigerweise müsste die case-management-orientierte soziale Beratung und Begleitung neben dem Entlassungsmanagement sektorenübergreifend in stationärer und poststationärer Situation erfolgen. Die kontraproduktiven zeitlichen Einengungen für die soziale Arbeit sollten somit verändert werden. Eine konzeptionell eingeführte klinische Sozialarbeit (vgl. Geißler-Piltz 2006; Ortmann / Röh 2008; Pauls 2004) hätte mehr Möglichkeiten, sich mit den sozialen Indikationen bei chronischen und akuten Erkrankungen diagnostisch und interventionsorientiert erfolgreich zu befassen und somit bestimmte Wiederaufnahmen bzw. Drehtüreffekte zu vermeiden (vgl. Blum / Offermanns 2008).

In ihrer Case-Management-Funktion erfüllen Sozialdienste heute unterschiedliche Aufgaben im Krankenhaus (vgl. Ansen et al. 2004; DVSG 2006). Häufigere Aufgaben der Sozialdienste sind

- Beratung über Leistungen des Sozialrechts (SGB I – SGB XII),
- Beratung zu einzelnen Kapiteln und Titeln des Bürgerlichen Gesetzbuches BGB und weiteren Gesetzen,
- Beratung über Rechtsverfahren und Weitervermittlung,
- Einleiten wirtschaftlicher Hilfen,
- Kooperationsaufgaben mit internen und externen Personen, Professionen, Behörden, Ämtern, Trägern und Einrichtungen,
- Beratung und Unterstützung im Umgang mit situationsbedingten, persönlichen, familiären und sozialen Belastungen und Konflikten,
- Gespräche zur Motivation der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten und zur Förderung der Behandlungsakzeptanz,
- Aktivierung sozialer Unterstützung,
- Krisenintervention z.B. Verdacht auf Misshandlung, Missbrauch, Vernachlässigung oder Suizidgefahr und
- Sterbebegleitung.

Diese Interventionen dienen:

- der wirtschaftlichen Sicherung von PatientInnen und somit auch Kliniken,
- der sozialen Sicherung von PatientInnen und Angehörigen,
- der ambulanten und stationären medizinischen Rehabilitation,
- der ambulanten und stationären Nachsorge und Pflege,
- der Eingliederung bzw. Inklusion in Kindergarten, Schule, Ausbildung, Arbeitsleben und der sozialen Gemeinschaft,
- der Selbsthilfe des PatientInnen bzw. der Angehörigen,
- der Entlastung und Unterstützung des PatientInnen und seiner Familie,
- der qualifizierten Entlassung.

Case Management im *urheberrechtlichen* Kontext sozialer Arbeit ist also deutlich mehr als eine reine Ablauforganisation in den Krankenhäusern und beinhaltet immer auch die „Umweltbezüge“ der Patientinnen und Patienten (Ansen et al. 2004). Dabei könnte in einem unübersichtlichen Flechtwerk wie der Gesundheitsversorgung ein transdisziplinärer Zugang durch die soziale Arbeit eine bedeutsamere Rolle spielen. Das breite Aufgabenspektrum sozialer Arbeit im Akutbereich umfasst häufig neben Beratungsarbeit für PatientInnen auch die konkrete partizipatorische Planung und Unterstützung der jeweiligen weiterführenden Nachsorge. Daneben ist hier eindeutig ein fallbezogener Schwerpunkt zu erkennen, der weniger die internen strukturellen Abläufe auf den Stationen in den Kliniken hinsichtlich eines Care Managements fokussiert.

12.3 Situation der Pflegeprofession

Die Pflegeprofession hat im Zuge der betriebswirtschaftlichen dominierten Veränderungen im Gesundheitssystem und im Zuge der DRG-Einführung die schwersten personellen Verluste zu verzeichnen (Isfort / Weidner 2009, 83). Gleichzeitig muss sie sich momentan mit der Übernahme bzw. Delegation ärztlicher Tätigkeiten auseinandersetzen und parallel über einen Qualifikationsmix im Sinne der Einbindung nicht-examinierter Assistenzberufe diskutieren. Daneben zeigen sich neben beschleunigten Akademisierungsbemühungen in der Pflege auch gegenteilige politische Tendenzen, den Zugang in dieses Berufsfeld für niedrig qualifizierte BewerberInnen zu erleichtern. Die Pflegeprofession hat etablierte Hierarchieebenen und HochschulabsolventInnen haben nicht immer die Möglichkeit, Leitungsfunktionen zu übernehmen. So wird das Case Management sehr offen und bereitwillig als methodische Erweiterung eigener berufliche Perspektiven betrachtet und es eröffnen sich im Rahmen der Pflegeüberleitung Aufgaben, die bisher von Sozialdiensten klassischer Prägung übernommen wurden (Dettmers 2009). Die Auseinandersetzung mit pflegeorientieren sozialen Nahräumen ist der Pflege nicht fremd, schließlich ist sie schon lange im gemeindeorientierten und ambulanten Bereich tätig (Wingenfeld 2005). Außerdem hat auch sie theoretische Konstruktionen, wie z.B. Transitionsmodelle bei der Beurteilung von PatientInnenüberleitungen von der akuten in die poststationäre Versorgung. Die Pflegeüberleitung stellt die Verbindung zwischen dem Krankenhaus, den pflegerelevanten Ein-

richtungen und dem Zuhause der KlientInnen dar. Ihr Ziel ist es, zusammen mit den PatientInnen bzw. ihrer Vertrauenspersonen ein individuelles und institutionsübergreifendes Konzept für die poststationäre Pflege im Alltag zu entwickeln, so dass eine kontinuierliche Qualität gewährleistet ist. Ein Schwerpunkt liegt hierbei in der ambulanten Versorgung. Damit sollen Verweildauern durch die frühzeitige Einbindung der Pflegeüberleitung reduziert und Wiedereinweisungen möglichst vermieden werden. Die Pflegeüberleitung orientiert sich bei Ihrer Tätigkeit eng an dem „Expertenstandard Entlassungsmanagement" (DNQP 2002).

Häufigere Aufgaben der Pflegeüberleitung sind:

- Beratung zu einzelnen Kapiteln hinsichtlich Krankenversicherung SGB V und Pflegeversicherung SGB XI,
- Unterstützung bei Antragstellung SGB XI,
- Beratung zum Einsatz von speziellen Hilfs- oder Pflegehilfsmitteln und deren Organisation,
- Beratung zu pflegefachspezifischen Fragen wie z.B. Wundversorgung, Handhabung von Injektionshilfen, Ernährungsfragen, Lagerungstechniken, Mobilisation, etc.,
- Kooperation mit internen und externen Professionen (Ärzte, Pflegepersonal, Kostenträger, Ämter, etc.),
- Erstellen und Koordination eines Pflegeplans und Begleitung bis zur Entlassung,
- Vermittlung von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen und weiterer Hilfen,
- Evaluation der Maßnahmen.

12.4 Gemeinsamkeiten von Sozialdiensten und Pflegeüberleitungen in ihrer jeweiligen Case-Management-Funktion

Sozialdienste und Pflegeüberleitungen stellen sich heute vermehrt durch die Beschäftigung mit der DRG-Thematik den ökonomischen Anforderungen und tragen somit zur wirtschaftlichen Sicherung der Kliniken bei. Sie berücksichtigen die Aufgabe der Krankenhäuser, die Eigenständigkeit des Patienten möglichst gut und schnell wiederherzustellen. Dafür sollte die Verweildauer nur so lang sein, wie es unbedingt nötig ist. Die anschließenden Versorgungsformen dienen dazu, PatientInnen wieder in ihre gewünschte und erforderliche Lebensweise zu überführen. Voraussetzung dafür ist eine optimale interne Überführung in die Anschlussversorgung, wobei immer häufiger auch hochdifferenzierte soziale Fragestellungen zu bearbeiten sind. Somit ist ein funktionierendes Case Management wichtiger Bestandteil im Aufgabenfeld der Sozialdienste und der Pflegeüberleitungen.

12.5 Kritik

Der Begriff des Case Managements wird seit geraumer Zeit überstrapaziert und ausschließlich im Zusammenhang mit Entlassungsmanagement verwendet. In der Praxis werden die Begriffe Disease-Management, Care und Case Management munter durcheinander gewirbelt, Sorge macht mir hierbei der tendenzielle Fokus auf systemorientierte Schwerpunkte und weniger auf Bedarfe und Bedürfnisse von gesundheitlich eingeschränkten Menschen mit einem betroffenen sozialen Nahfeld.

Case Management hat als Handlungsansatz keine ausreichende Fundierung, um als eigenständige berufliche Konstruktion zu bestehen. Nicht das Case Management hat sich „von der Sozialen Arbeit emanzipiert", wie Löcherbach es formuliert (2009, 275), vielmehr haben die Protagonisten es geschickt verstanden, eine Methode erfolgreich zu importieren und eine plausible autoritätenbasierte Lösungsstrategie für komplexe Fälle und Strukturen anzubieten. Die originäre soziale Arbeit als Ursprungsprofession wurde dabei zugunsten einer erfolgreichen und rasanten Erfolgsgeschichte des Case Managements im Gesundheitsbereich nahezu vernachlässigt und die Praxis hat selber auch den Anschluss durch ihre beharrliche Theoriedistanz verpasst. Soziale Arbeit hat meines Erachtens nicht unkritisch auf diesen Zug aufzuspringen, sondern sinnhaft dieses Konzept für die jeweilige Praxis zu prüfen und zu adaptieren. In der sozialen Arbeit in Pädiatrien mit z.B. erheblichen familiären Belastungen und Problematiken sowie schwersten Störungen und Erkrankungen im Kindesalter gelten andere methodische und theoretische Prämissen als in der pflegeberatenden Tätigkeit in geriatrischen Kliniken oder in der neurologischen Rehabilitationsüberleitung.

Wir haben es im Krankenhaus mit „nichttrivialen Systemen" (Kleve 2009, 290) zu tun und dies verlangt in der Regel mehr als eine einjährige Weiterbildung.

Aus meiner Sicht bedarf es immer eines grundständigen Studiums im Gesundheitsbereich, um überhaupt die Tragweite und Grenzen dieser Konzeption reflektorisch zu erkennen. Das bedeutet durchaus auch eine Erweiterung und Kontextualisierung durch andere Professionen wie der Pflege oder Medizin, wenn die Aufgaben, Entscheidungsbefugnisse und Rahmenbedingungen geklärt sind und interdisziplinäre Kommunikationsfähigkeiten vorhanden sind. Davon ist man zurzeit in der Akutversorgung weit entfernt, d.h. Macht- und Ressourcenverteilung im System Krankenhaus sprechen empirisch und statistisch eine andere Sprache (vgl. Isfort / Weidner 2009, 83**)**

Für externe Pflegeeinrichtungen, Hilfsmittelausrüster oder Herstellerfirmen von Arzneimitteln und medizinischen Ernährungsgütern gilt die Begrifflichkeit Case Management mittlerweile als Eintrittskarte zur wirtschaftlich motivierten Teilhabe an der poststationären PatientInnenversorgung.

Mitnahmeeffekte mit teilweise skurril anmutenden Angeboten veranlassen gelegentlich Entscheidungsträger in Krankenhäusern, die internen Beratungsstrukturen aus vermeintlich wirtschaftlichen Gründen zu reduzieren. Dieses auch rechtlich bedenkliche Handeln (z.B. Verletzung der sozialen Beratungspflicht nach §112 SGB V) hat unter Umständen Einfluss auf die Nachhaltigkeit der Entlassung und partizipatorische Beteiligung von PatientInnen.

Dabei sind die Wirkungen eines internen Entlassungsmanagements durch Sozialdienste und Pflegeüberleitungen mittlerweile belegt. Blum und Offermanns (2008, 4) beschreiben die Verweildauereffekte als „die ökonomisch stärksten Effekte des Entlassungsmanagements". Aber auch die Reduzierung der Wiederaufnahme (Drehtüreffekte) durch die Berücksichtigung der jeweiligen Lebenssituationen von PatientInnen, der „Beitrag zum sektorübergreifenden Versorgungsmanagement" und die Steigerung der „psychosozialen Versorgungsqualität im Krankenhaus" sind wichtige Merkmale der fundierten und an Sozialdienst und Pflegeüberleitung angegliederten Beratungsangebote (ebd.).

12.6 Ausblick

Case Management wird häufig größer gemacht, als es sein kann. Es ist durchaus nicht meine Absicht, Case Management als Handlungskonzept zu diskreditieren, vielmehr geht es um eine angemessene und sattelfeste Implementierung und nicht um eine fahrlässige Verkürzung des Case Managements im Sinne einer reinen „Bettenpolitik" in Krankenhäusern. Dies ist zwar einerseits ein Problem der Praxis, die unreflektiert schnelle Lösungen und Konzeptionen präferiert, andererseits sollten die Zugangsbedingungen für eine Weiterbildung z.B. durch den Nachweis eines pflegewissenschaftlichen Studiums und nicht wie bisher durch Ausbildung und zweijährige Praxis angeglichen werden.[2] Ich wünsche mir gelegentlich mehr sozialarbeiterische Parteilichkeit und weniger den Versuch, Case Management als komplett eigenständiges Konstrukt zu etablieren.

Aufgrund ihrer transdiszplinären Ausrichtung und Geschichte hat die soziale Arbeit ein erhebliches Wertschöpfungspotenzial für Patientinnen, Patienten und für die Kliniken als betriebswirtschaftliche Einheiten. Sie hat aber auch eine gesellschaftlich humanitäre Relevanz. Damit ist sie für mich nach wie vor die „Leitdisziplin" bei Fragestellungen der sozialen und psychosozialen Unterstützungskoordination in Kliniken. Sie sollte sich aber von tradierten und ressourcenverbrauchenden administrativen Aufgaben trennen, die sie letztlich deprofessionalisieren. Das ist mit der Konsequenz verbunden, andere Berufsgruppen wie die Pflege kooperativ und wertschätzend einzubinden und sich nicht länger der eigenen „Kränkung" hinzugeben (Wingenfeld 2005, 74). Die Frage wird sein, wie sich soziale Arbeit und Pflegewissenschaften gegenseitig im Rahmen ihrer Aufgaben konstruktiv stimulieren und andererseits klarere Profilgrenzen setzen. Dies funktioniert nur mit PraktikerInnen in beiden Bereichen, die ihre fachlichen Zugänge reflektieren und kontinuierlich weiterbilden bzw. aktualisieren, um selbstbewusst die jeweiligen fachlichen Positionen zu vertreten. Der Verband der PflegedirektorInnen Deutschlands (VPU) und die Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen (DVSG)[3] haben diesbezüglich erste Definitionen und Auslegungen von Case Management veröffentlicht, die zur Orientierung im klinischen Handlungsfeld Orientierung bieten.

---

[2] Siehe unter: http://www.dgcc.de/dgcc/wb_std.html.

[3] Siehe unter: http://www.dvsg.org/ bzw. http://www.vpu-online.de/.

Wenn es gelingt, Case Management organisatorisch und fachlich in die bestehenden Strukturen von Sozialdiensten und Pflegeüberleitungen zu integrieren und inhaltlich auch weiterhin für Pflege und Medizin zu öffnen, bestehen aus meiner Sicht gute Entwicklungschancen eines tragfähigen und praxisnahen Handlungskonzeptes. Als Konkurrenz zur sozialen Arbeit, ja sogar als Substitut oder als innovative neue Profession taugt Case Management allerdings weniger und wird sich dann im Gesundheitswesen schnell als neoliberale Luftblase ohne ernsthafte Wirkungsgrade enttarnen.

Literatur

ANSEN, HARALD / GÖDECKER-GEENEN, NORBERT / NAU, HANS 2004: *Soziale Arbeit im Krankenhaus.* München, Basel: Reinhardt / UTB.

BLUM, KARL / OFFERMANNS, MATTHIAS 2008: *Entlassungsmanagement im Krankenhaus.* Studie des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI), Düsseldorf.

BOURGEAULT, IVY LYNN / KUHLMANN, ELLEN / NEITERMAN, ELENA / WREDE, SIRPA 2008: *Wie kann ein optimaler Qualifikationsmix effektiv verwirklicht werden – und warum?* WHO-Regionalbüro für Europa und Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik (Hrsg.).

BRÜHL, ALBERT 2004: Fallgruppen der Sozialarbeit (FdS) als Antwort auf die Einführung der diagnosis related groups in Akut-Krankenhäusern. Nomos Verlagsgesellschaft (Baden-Baden).

DETTMERS, STEPHAN 2009: Feldforschung tut not! Eine Einschätzung zur Situation von Sozialdiensten. Forum Sozialarbeit und Gesundheit (2). 34-38.

DEUTSCHE VEREINIGUNG FÜR SOZIALARBEIT IM GESUNDHEITSWESEN E.V. 2006: DVSG-Fallgruppen für die Sozialarbeit im Gesundheitswesen. Mainz: DVSG.

DEUTSCHES NETZWERK FÜR QUALITÄTSENTWICKLUNG IN DER PFLEGE, DNQP 2002: Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. FH Osnabrück.

GEIßLER-PILTZ, BRIGITTE 2006: Historische Verortung: Von der Sozialen Diagnose zum Clinical Social Work. Klinische Sozialarbeit (Sonderausgabe). 7-11.

ISFORT, MICHAEL / WEIDNER, FRANK 2009: DRG-Einführung der pflegewissenschaftlichen Betrachtung. In: RAU, FERDINAND / ROEDER, NORBERT / HENSEN, PETER (Hrsg.): Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland. Stuttgart: Kohlhammer. 74-88.

KLEVE, HEIKO 2009: Dreidimensionales Case Management. Zwischen Verfahren, Methoden und Haltung. In: MÜHLUM, ALBERT / RIEGER, GÜNTER (Hrsg.): Soziale Arbeit in Wissenschaft und Praxis – Festschrift für Wolf Rainer Wendt. Lage: Jakobs Verlag. 280-294.

LÖCHERBACH, PETER 2009: Der Handlungsansatz Case Management – oder: Warum Soziale Arbeit auch managen kann. In: MÜHLUM, ALBERT / RIEGER, GÜNTER (Hrsg.): Soziale Arbeit in Wissenschaft und Praxis – Festschrift für Wolf Rainer Wendt. Lage: Jakobs Verlag. 265-279.

MARCHART, OLIVER 2008: Cultural Studies. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft / UTB.

ORTMANN, KARL-HEINZ / RÖH, DIETER 2008: Klinische Sozialarbeit. Konzepte-Praxis-Perspektiven. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

PAULS, HELMUT 2004: Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung. Weinheim und München: Juventa Verlag.

WINGENFELD, KLAUS-ULRICH 2005: Die Entlassung aus dem Krankenhaus. Institutionelle Übergänge und gesundheitlich bedingte Transitionen. Bern: Huber.

Autor

Stephan Dettmers, Jg. 1967, M.A. Klinische Sozialarbeit; Dipl. Sozialarbeiter (FH), z.Z. Doktorand CAU Kiel, Institut für Soziologie, Leitung Sozialdienst und Pflegeüberleitung Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Mitglied im Bundesvorstand DVSG: Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen.

Case Management
als Instrument
der lernenden Organisation

Andreas Schröer

13 Case Management in Lernenden Organisationen - eine Funktionsbestimmung aus organisationspädagogischer Sicht

13.1 Einleitung

Die Grundidee des Case Management ist es, in der sozialen Arbeit nicht das Verhältnis von einem Klienten und einem professionellen Helfer in den Vordergrund zu stellen, sondern das Netzwerk einer Vielzahl von Helfern, die mit einem Klienten zu tun haben. Diese Vielzahl von Akteuren, die mit der Lösung eines Problems des Klienten betraut sind, wird von einem Case Manager koordiniert. Die Arbeit an der Problemlösung für einen Klienten ist der Case. Case Management ist also eine koordinierte Intervention mehrerer Akteure zur Bearbeitung komplexer menschlicher Problemlagen. In einem systematischen, kooperativen Prozess werden auf den Bedarf des Klienten abgestimmte Dienstleistungen erbracht, um gemeinsam vereinbarte Ziele und Wirkungen effizient zu erreichen. Case Management stellt über professionelle und institutionelle Grenzen hinweg einen Versorgungszusammenhang her. Es respektiert die Autonomie der Klienten, dabei nutzt und schont es die Ressourcen im Klientel- sowie im Unterstützungssystem.

Aufgrund des systemtheoretischen Hintergrunds des Case-Management-Konzepts werden in der Fachöffentlichkeit Zweifel laut, ob die Behandlung der Probleme eines Klienten als Case, der gemanagt wird, tatsächlich den Bedürfnisse der Individuen gerecht wird. Vor allem aber steht die Befürchtung im Raum, dass es sich beim Case Management nur um ein weiteres Instrument handelt, dessen einziger Zweck es ist, die Kostenschraube weiter anzuziehen und die seit Jahren anhaltenden Sparmaßnahmen im Sozial- und Gesundheitswesen weiter voranzutreiben. Auch in internationalen Forschungsergebnissen ist der Wert des Case Managements durchaus umstritten. So formulieren Marshall et al. (2006): „There is no evidence that case management improves outcome on any other clinical or social variables. Present evidence suggests that case management increases health care costs, perhaps substantially, although this is not certain. In summary, therefore, case management is an intervention of questionable value, to the extent that it is doubtful whether it should be offered by community psychiatric services.“

Vor dem Hintergrund dieser Skepsis untersucht der folgende Artikel Relevanz und Funktion des Case Managements für organisationale Veränderungsprozesse und fragt nach der strategischen Bedeutung von Case Management für die Zukunft des Dritten Sektors.

13.2 Begriffsbestimmung Case Management

Unter Case Management wird eine koordinierte Intervention mehrerer Akteure zur Bearbeitung komplexer menschlicher Problemlagen in einem systematischen, kooperativen Prozess verstanden.

Die Case Management Society of America definiert CM als einen „kooperativen Prozess, in dem Versorgungsangelegenheiten und Dienstleistungen erhoben, geplant, implementiert, koordiniert, überwacht und evaluiert werden, um so den individuellen Versorgungsbedarf eines Patienten mittels Kommunikation und verfügbaren Ressourcen abzudecken." Der Prozess der Bereitstellung und Durchführung sozialer und gesundheitlicher Dienstleistungen orientiert sich dabei maßgeblich am Bedarf des einzelnen Klienten. Der Case Manager erhebt diesen Bedarf im Gespräch mit dem Klienten und stellt auf dieser Basis einen Hilfeplan zusammen, der aus verschiedenen Dienstleistungen bestehen kann. Dabei soll ausdrücklich auch das bestehende Unterstützungsnetzwerk des Klienten mit einbezogen werden, um eine Leistungsdopplung durch professionelle Dienstleister auszuschließen und die bestehenden Lebensbewältigungsstrategien des Klienten zu stärken.

Der Prozess des CM ist in Arbeitsphasen untergliedert, die von der Herstellung der Erreichbarkeit der sozialen und gesundheitlichen Dienste bzw. des Case Managers selbst bis hin zur Evaluation und Entpflichtung der Dienstleister reichen:

1) Erreichbarkeit herstellen (outreach),
2) Assessment, Falleinschätzung, Bedarfsabklärung,
3) Zielvereinbarung, Hilfeplanung,
4) Durchführung, Koordination, Monitoring,
5) Evaluation,
6) Ergebnisbewertung, Entpflichtung/Beendigung der Zusammenarbeit.

Wie man aus diesen Phasen der Einzelfallbetreuung sehen kann, bewegt sich Case Management auf der Systemebene zwischen Netzwerkarbeit, Angebotsentwicklung und Angebotssteuerung. Der Ansatz findet inzwischen in einer Vielzahl von Bereichen Anwendung, so z. B. im Gesundheitswesen, in der Arbeitsvermittlung, der Suchthilfe, der Altenhilfe, Jugendhilfe und Behindertenhilfe ebenso wie in der Bewährungshilfe (vgl. Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management).

„Man verstieße gegen die Autonomie einer Person und missachtete ihre Selbstsorge und mündige Mitwirkung, betrachtete man die Person als ‚Fall'. *Im Case Management wird der Prozess der Bewältigung bzw. der Weg zur Lösung einer Problematik ‚gemanagt'.* Was der Fall ist, lässt sich immer nur ad hoc feststellen und bleibt individuell. Gegenstand des Case Managements ist auf der Ebene des Einzelfalls dessen gemeinsame Bearbeitung, wobei sie verschiedene Maßnahmen der Unterstützung, der Erziehung und Schulung, der Begleitung und Vermittlung sowie individueller und gemeinsamer Selbsthilfe einschließen kann" (Wendt 2001).

Mit dieser Begriffsbestimmung knüpft Wendt an die Ursprünge des Case Managements in der Geschichte der Sozialarbeit an. Case Management geht zurück auf Ansätze des Case Work der Sozialarbeit im frühen 20. Jahrhundert, als Jane Addams oder Mary Richmond (1917) in ihrer Diagnose der sozialen Situation einer Person Wert darauf legten, die Person in ihrer Umwelt (person-in-environment) zu begreifen. Erst eine Untersuchung der Gesamtsituation der Person ermögliche es, so Richmond, ihre wirkliche Lebenslage und Lebensbewältigungsstrategien zu erfassen. Alice Salomon entwickelt das Verständnis der „Kunst zu helfen“ als Grundlage der Theorie und Methode der Sozialen Arbeit auf der Basis von Richmonds Ansatz weiter. Nach Salomon besteht diese Kunst darin, „dass man einem Menschen hilft, sich in der gegebenen Umwelt einzuordnen, zu behaupten, zurecht zu finden oder dass man seine Umwelt so umgestaltet, verändert, beeinflusst, dass er sich darin bewähren, seine Kräfte entfalten kann“ (1926, 59). Dieser Handlungsansatz stellt den Menschen in den Mittelpunkt und liefert ihn weniger der kontrollierenden Fürsorge aus. Diese Alltagsorientierung in der Betrachtung von Klienten wurde u. a. durch den Einfluss von Hans Thiersch (1992) zum leitenden Paradigma sozialpädagogischer Arbeit in der Bundesrepublik Deutschland.

Besonders in den Ausführungen von Thiersch und Salomon lässt sich jedoch das klar handlungstheoretische Fundament dieses „person-in-environment“-Ansatzes erkennen, geht es doch darum, die Umwelt des Klienten zugunsten seiner eigenen Handlungsfähigkeit umzugestalten. Ähnlich begründet wird der Fall-Begriff in der theoretischen Fundierung von Case Studies. Case Studies wurden maßgeblich von der Chicago School entworfen und später mit Hilfe der grounded theory weiterentwickelt. Fallstudien vermitteln Einsicht „into the acceptance of an experimental prototype to perceive the singularity of the object of study. This ensures the transformation from the local to the global for explanation. Hamel et al. (1993) characterized such singularity as a concentration of the global in the local” (Tellis 1997). Sowohl in explorativen als auch in deskriptiven Fallstudien wird erst im Verlaufe des Prozesses definiert, worin der Fall eigentlich besteht. Fallstudien setzen auf ein „holistic understanding of cultural systems of action (Feagin, Orum & Sjoberg 1990). Cultural systems of action refer to sets of interrelated activities engaged in by the actors in a social situation” (Tellis 1997).

Gerade hierin liegt freilich die entscheidende Differenz zum Case-Verständnis in der heutigen Case-Management-Debatte, die klar auf systemtheoretischen Überlegungen beruht und nicht Individuum und Kultur, sondern Prozesse, Kommunikationslogik und Organisation in den Mittelpunkt stellt. Case Management heute wird als organisierte Verknüpfung von Hilfesystem und Klientensystem verstanden (Löcherbach 2004). Dabei ist die gelingende Einzelfallhilfe auch auf gelingende Systemsteuerung angewiesen, die etwa durch kontinuierliche Fallverantwortung und -zuständigkeit, die Überwindung segmentierter Dienstleistungsstrukturen und die Kontraktförmigkeit der Zusammenarbeit zum Ausdruck kommt (ebd.). Dabei betont Löcherbach aber auch, dass sich Case Management gerade durch die Integration von Handlung (Steuerung im Einzelfall) und Organisation (einzelfall- und einrichtungsübergreifende Systemsteuerung) auszeichnet.

Unter einem Case wird im Rahmen des Case Management „systemisch“ all das verstanden, was nötig ist, um einen Klienten zu betreuen bzw. das Problem eines Klienten zu lösen. CM analysiert das Klientensystem und identifiziert Elemente seiner Umwelt (z. B. das Gesundheitssystem, das System sozialer Arbeit), für die es anschlussfähig gemacht werden soll. Im sozialarbeiterischen Kontext kann dies besonders deutlich gemacht werden. Die Aufgabe des CM aus

systemtheoretischer Sicht ist es, auf die partielle Exklusion des Klienten aus bestimmten Systemen durch stellvertretende Inklusion oder Re-Inklusion zu reagieren (Baecker 1994, 102f.). Dabei bietet das CM die Gelegenheit die relevanten Systeme miteinander anschlussfähig zu halten. Zudem kann jederzeit von Hilfe auf Nicht-Hilfe umgestellt werden, falls eine Re-Inklusion des Klienten gelungen ist.

Die funktionale Differenzierung unterschiedlicher sozialer und gesundheitsbezogener Dienstleistungen und ihre selbstreferenzielle Geschlossenheit haben die Einsicht in die Notwendigkeit des CM geschärft, das zwischen unterschiedlichen Systemen Offenheit und Anschlussfähigkeit erzeugen soll. Das CM folgt der Systemtheorie auch insofern, als dass es nicht den Menschen in seiner Komplexität ins Zentrum stellt, sondern die Kommunikation zur Problemlösung innerhalb verschiedener Sozialsysteme. Das Problem eines Alkohol-Kranken zum Beispiel muss gegenüber einer Bank, dem Sozialamt, der Familie, dem Hausarzt in verschiedener, an das jeweilige System anschlussfähiger Art und Weise kommuniziert werden. Fuchs formuliert diese systemtheoretische Sicht auf die Soziale Arbeit als „Arbeit an sozialen Adressen und nicht: Arbeit an Leuten. Es dreht sich nicht um die Veränderung von Individuen. [...] Das System reorganisiert stattdessen Adressabilität" (Fuchs 2000, 162).

Diese systemische Perspektive schließt nahtlos an den Ansatz lernender Organisationen an, der ebenfalls auf Systemtheorie aufbaut. Die komplexe Umwelt einer Organisation, die aus einer Vielzahl von unvorgesehenen Veränderungen und Anschlüssen an verschiedene Systeme besteht, erfordert von der Organisation, eine permanente Veränderungsbereitschaft. Die Lernfähigkeit einer Organisation (etwa durch die Anpassung ihrer Wissensbasis) stellt ihre Veränderungsbereitschaft sicher (vgl. Schreyögg 1999, 547). Lernen sichert damit den Bestand einer Organisation in einer komplexen Umwelt. Alles Gelernte wird zur Grundlage weiteren Lernens und das Lernen der Organisation wird elementarer Bestandteil des Systemalltags.

Trotz des gemeinsamen Theoriehintergrunds von Case Management und Lernenden Organisationen, ist es für die organisationspädagogische Analyse der Funktion des Case Management für Lernen und Lernunterstützung in Organisationen jedoch notwendig, auch den handlungs- und kulturtheoretischen Theoriegehalt des Fallbegriffs in Erinnerung zu rufen und so die systemtheoretische Perspektive zu ergänzen.

13.3 Case Management aus organisationspädagogischer Perspektive

Dass Case Management ein Element organisationalen Wandels ist, ja gar sein muss, zeigt sich schon daran, dass die Einführung von CM in der Literatur immer wieder als ein Paradigmenwechsel beschrieben wird. So formuliert etwa Ewers (2006) in Bezug auf CM in der Pflege, dass es um die Paradigmenwechsel von der Anbieter- zur Nutzerorientierung und von der Prozess- zur Ergebnisorientierung ginge. In diesem Zusammenhang ist auch die Rede davon, dass die edukativen Kompetenzen in der Pflege zunehmen und dass klinische, edukative und steuernde Aufgaben miteinander verbunden werden müssen. Paradigmenwechsel ziehen Veränderungsprozesse in Organisationen nach sich. CM führt also notwendigerweise zu organisationa-

lem Lernen. Die starke Betonung der edukativen Komponente im CM ist ein Argument für eine organisationspädagogischen Betrachtung dieser Lernprozesse.

Die Systematik der organisationspädagogischen Funktionsanalyse beruht auf vier Grundkategorien, die zunächst erläutert werden, um dann die Funktionen des Case Managements im Rahmen organisationaler Lernprozesse beschreiben zu können.

13.3.1 Was macht organisationales Lernen aus? - Basiskategorien der Organisationspädagogik

Göhlich (2001) hat auf der Basis einer ambitionierten allgemeinpädagogischen Institutionentheorie ein integriertes Verständnis von Lernprozessen in Organisationen ermöglicht. Dabei ist es Göhlichs systematisches Anliegen, die einseitigen Institutionentheorien aus handlungstheoretischer und systemtheoretischer Sicht zusammenzuführen und so zu einem komplexeren Bild institutioneller Praxis zu gelangen.

Als Spannungsfelder zwischen dem system- und dem handlungstheoretischen Ansatz werden Monokausalität versus Systemkausalität, körperliche Handlungsahnung versus unkörperliche Systemkommunikation, Linearität versus Zirkularität[1] und zuletzt Machtkritik versus Funktionsanalyse diagnostiziert. Dabei wird das Verhältnis von Handeln und System „als ein transformatives" (ebd., 217) verstanden und Prozesse[2] aufgezeigt und die Überführung von „sozialsystemischem Prozessieren der Praxis einer Einrichtung in das Handeln der an der Praxis dieser Einrichtung beteiligten Akteure" erläutert (ebd., 216). Indem verfestigtes sozialsystemisches Prozessieren als Ressource für das Handeln der Akteure verstanden wird, lässt es sich verflüssigen und dadurch wiederum in modifizierte Formen systemischen Prozessierens transformieren.

Eine weitere Konsequenz der theoretischen Integrationsleistung ist, dass sozialsystemische „Muster als (dem sozialen System, ggf. dem kollektiven Akteur) Identität gebende Selbstbeschreibungen institutioneller Praxis verstanden werden können" (ebd., 218). Durch diesen

---

[1] Am folgenden Beispiel soll kurz der von Göhlich beschrittene Weg der Vermittlung geschildert werden: Konkretes Handeln, auch im institutionellen Kontext, hat eine Richtung, einen Anfang und ein Ende, systemisches Prozessieren dagegen nicht, es verläuft zirkulär. Handeln erlaubt und fördert die Linearität, da die zum Handeln gehörende Zuschreibung des Handlungsanfangs entzirkularisierend wirkt. Systemisches Prozessieren dagegen sichert durch seine Zirkularität Regeln, Struktur und Grenzen, über die das System sich selbst erhält und reproduziert. Göhlich veranschaulicht das Ineinandergreifen der beiden Prozesse am empirischen Beispiel einer Aufnahmesituation von Kindern in einem Heim. „Das Handeln des neuen Akteurs ist in einer solchen Situation von extremer Zurückhaltung gekennzeichnet. [...] Er greift auf den Habitus eines allgemeinen sozialen Orientierungsverhaltens zurück" (Göhlich 2001, 200), da er das im Heim vorherrschende Interaktionssystem noch nicht kennt. „Zum anderen ist das systemische Prozessieren des betreffenden Interaktionssystems in einem solchen Kontext von extremer Ritualisierung gekennzeichnet. Das vor der Aufnahme des neuen Akteurs bestehende Interaktionssystem stabilisiert sich angesichts der Aufnahme mittels der selbstreferenziellen Überbetonung eines unterwerfenden Individuums" (ebd. 201). Aus dem systemischen Prozessieren kann so eine Aufnahmesituation zu kollektivem Handeln werden, z. B. in der Durchführung eines Initiationsrituals.

[2] Vgl. dazu das Schaubild ‚Aspekte der Praxis von Institutionen' in: Göhlich 2001, 216.

Fokus entwickelt Göhlich eine Institutionentheorie, deren zentrale Ausrichtung auf die Mesoebene der institutionellen Praxis selbst zielt, ohne dass eine permanente Ausrichtung der Interpretation der institutionellen Prozesse auf die Makroebene der Gesellschaft oder die Mikroebene des Individuums nötig wird.

13.3.1.1 Lernen und Lernen unterstützen

Lernen versteht Göhlich einerseits als pädagogischen Begriff, der Anschlüsse an die Mesoebene der Institution eröffnet und nicht notwendigerweise an das Einzelindividuum gebunden bleibt (Göhlich 2001, 228); andererseits betont er, dass man getrost von einem linearen, behavioristischen oder lernzielorientierten Lernbegriff zugunsten der Betonung von Interdependenzen und Überschreitung der individuellen Grenzen Abstand nehmen kann: „Insofern lässt sich [...] sagen, dass und wie Lernen auf das betreffende soziale System, auf die (institutions-)spezifische Kultur bezogenes und beide mitgestaltendes Handeln verstanden werden kann" (ebd., 229). So kann also auch mit Hilfe des Lernbegriffs die Nicht-Linearität, Ungewissheit und Relationalität pädagogischen Handelns ebenso thematisiert werden wie seine Abhängigkeit von den Lernbedingungen (wie dem sozialen System oder der jeweiligen pädagogischen Kultur).

Lernen findet freilich in unterschiedlichen Formen statt, nämlich ‚Leben-Lernen', ‚Wissen-Lernen' und ‚Können-Lernen' sowie als Bestandteil aller drei Lernformen das ‚Lernen-Lernen'. Institutionelle Praxis kann all diese Lernformen unterstützen und stärken. Lernen bezieht Göhlich nun „auf beide Aspekte der Praxis pädagogischer Institutionen, also sowohl auf den des Handelns individueller oder kollektiver Akteure als auch auf den des systemischen Prozessierens sozialer Systeme bzw. des Meta-Systems" (ebd., 231). Göhlich rekurriert damit zwar auf die Theorie der Lernenden Organisation (Argyris und Schön), geht aber durch die Binnendifferenzierung des Lernbegriffs durch die Bezugnahme auf qualitative und quantitative Veränderungen in Theorie (Wissen) und Praxis (Können), in Sein (Leben) und Werden (Lernen) über deren Unterscheidung von Lernebenen hinaus.

Um die Prozesse organisationalen Lernens[3] genauer zu fassen, führt Göhlich den Terminus ‚Lernunterstützung' ein. „Als Aspekte des Unterstützens von (Wissen-, Können-, Leben-, Lernen-) Lernen lassen sich Stabilisierung, Aufklärung und Anregung voneinander unterscheiden" (ebd. 236). Der Aspekt der *Stabilisierung* betont die Notwendigkeit, vorhandenes Wissen, Können sowie existierende Lebens- und Lernweisen zuzulassen und so Lernprozesse überhaupt erst zu ermöglichen. Die Stabilisierung ist auch dort Voraussetzung für weitere Lernprozesse, wo das Vorhandene korrigiert werden soll. So kann Stabilisierung auch als eine Vorstufe des zweiten Aspekts der Lernunterstützung, nämlich der *Aufklärung*, dienen. „Es geht darum, Wissen, Können, Lebens- und Lernweisen in Frage zu stellen und so in einem engeren Sinne bewusst zu machen" (ebd., 238). Das aufklärerische Lernenunterstützen bietet die Möglichkeit, aus Fehlern zu lernen; Fehler werden als Lernchance begrüßt. Der nunmehr dritte Aspekt der Lernunterstützung ist nach Göhlich das ‚Anregen', dem es darum geht, die Lernenden neugierig zu machen, Unbekanntes und Bekanntes zum Wahrnehmen und Experimentieren anzubieten. „Während

[3] Göhlichs systematisches Argument an dieser Stelle richtet sich allerdings auf die Beschreibung der Besonderheit pädagogischer Institutionen.

Abbildung 1: *Aspekte der Praxis päd. Institutionen nach Göhlich (2001, 241)*

		Aspekte des Pädagogischen	
		Lernen (Wissen-, Können-, Leben-, Lernen-)	*Lernen unterstützen* (stabilisieren, aufklären, anregen)
Aspekte der Praxis von Institutionen	*Handeln* (Akteurszuschreibung, sinnvolles Bewegen, Antizipation)	**Lernhandeln**	**Lernunterstützungs-handeln**
	System (Selbstreferenz, Grenze, Struktur)	**Lernendes System**	**Lernunterstützungs-system**

Lernunterstützung also in ihren Aspekten des Stabilisierens und des Aufklärens eher dem Alten [...] verpflichtet ist, nimmt sie in ihrem Aspekt des Anregens eine Wendung auf Neues, auf Alternativen, auf noch offene, mögliche Zukunft hin“ (ebd., 239).

Eine systematische Verknüpfung der bereits erarbeiteten Begriffe und theoretischen Perspektiven von System, Handeln, Lernen[4] und Lernunterstützung wird in Abbildung 1 geleistet, die die Praxis pädagogischer Institutionen anhand von vier Begriffen zu fassen sucht (ebd., 242).

Diese vier Aspekte der Praxis pädagogischer Institutionen sind selbstverständlich analytische Unterscheidungen, die in der institutionellen Alltagspraxis ineinander greifen und nicht sauber voneinander unterschieden werden können. Diese Aspekte werden nun für ein komplexes Verständnis organisationalen Lernens von Belang sein.

13.3.1.2 Lernendes System

Bei der Klärung der Praxis der institutionellen Mesoebene steht nicht das Lernen von Individuen, sondern vielmehr der als Lernen verstehbare Wandlungsprozess von Institutionen im Vordergrund. „Dass sowohl psychische und organismische als auch soziale Systeme lernfähig sind, ist die Grundlage der Praxis gerade pädagogischer Institutionen. [...] Als System sozialer Systeme (Interaktionssysteme, Teilkulturen) wandelt sich die Praxis einer Institution“ (Göhlich 2001, 242). Dieser Wandlungsprozess der Institution als System sozialer Systeme ist an Lernprozesse ihrer Teilsysteme und an Individuen im Sinne psychomotorischer Systeme gekoppelt. Indivi-

[4] „Dabei wird der Lernbegriff vorrangig dazu eingesetzt, die [...] Vorwärtsbewegung der aktualen Muster, welche einerseits das soziale System, andererseits das individuelle Handeln ausmachen und sich in mimetischem Umgang mit dem (im Habitus erscheinenden) kulturellen Konsens fortpflanzen, zu bezeichnen“ (Göhlich 2001, 241).

duelles Lernen interessiert hier also zunächst „als Bestandteil sozialsystemischen Prozessierens“ (ebd.).[5]

Aus der Auseinandersetzung mit Theorien der Organisationsentwicklung ergibt sich, dass eine Gleichsetzung von organisationalem Lernen und der Summe individueller Lernprozesse nicht möglich ist und dass Wandel in Organisationen kein Sonderfall, sondern die Regel ist. Gerade diese beiden Prämissen charakterisieren den Übergang von Theorien der Organisationsentwicklung zu Theorien lernender Organisationen. In der Organisationstheorie wird organisationales Lernen jedoch überwiegend als „Neustrukturierung der organisationalen Wissensbasis“ (Schreyögg 1999, 538f.) verstanden, wobei Wissen Fakten, Regeln, Verfügungs- und Orientierungswissen, explizites und implizites Wissen beinhaltet. Lediglich Nonakas (1994) Ansatz, der „als Grundlage der lernenden Einrichtung eine organisationale Wissensbasis annimmt, die sowohl implizites, das von der Organisationskultur und deren ritualisierten Prozeduren getragen wird, als auch explizites Wissen in Form von Dokumenten, Datenbänken, etc. umfasst“ (Göhlich 2001, 245), erweist sich als anschlussfähig an Göhlichs sehr viel weiter gefassten Lernbegriff (Wissen, Können, Leben, Lernen) und ermöglicht damit ein umfassenderes Verständnis organisationalen Lernens.[6] Systemtheoretisch betrachtet zeigt sich das Lernen sozialer Systeme an der Neudefinition ihrer Grenzen und Strukturen.

Besondere Bedeutung für das lernende System in pädagogischen Institutionen hat nun die Fokussierung auf Lern- und Lernunterstützungsprozesse:[7] „Fundamentaler Bestandteil der Praxis pädagogischer Einrichtungen ist also, dass diese vorrangig das – als sozial, kognitiv, körperlich etc., als Wissen-, Können- etc. näher bestimmte – Lernen der ihrem alltäglichen Prozessieren angeschlossenen Individuen (und zwar vorrangig der nicht-professionellen PraxisteilnehmerInnen) in den Fokus ihres systemischen Prozessierens und eben auch ihres dabei stattfindenden Lernens stellen“ (ebd., 248). Diese als systemisches Prozessieren beschriebenen Lern- und Lernunterstützungsprozesse weisen deutlich über die Räume, Zeiten und direkten Prozesse der jeweiligen Einrichtung hinaus und bieten in ihrer Rückwirkung auf das System erneut Lernanlässe.

13.3.1.3 Lernunterstützungssystem

Organisationen fokussieren in ihrem systemischen Prozessieren nicht nur das Lernen, sondern vor allem auch dessen Unterstützung. Sie richten sich „auf *unterstützende Anschlüsse* an lernende Systeme und individuelle oder kollektive Akteure [aus], denen Lernfähigkeit und -bedürftigkeit zugeschrieben wird. Verbinden wir dies nun mit der Unterscheidung von Wissen-,

---

[5] „Das setzt voraus, dass das individuelle Lernen nicht gänzlich innerlich bleibt, sondern sich irgendwie äußert. Dieses Sich-Äußern muss jedoch nicht bewusst geschehen. Zumeist bleibt es für die Beteiligten latent. Dann kann nur ein Beobachter [...] die latenten Äußerungen individuellen Lernens als Teil sozialsystemischen Prozessierens explizieren“ (Göhlich 2001, 243).

[6] Während Luhmann (1987, 390f.) selbstreferenzielle Generierung neuen Wissens als Prozess der emergenten Entstehung mittels Interpretation begreift, der in eine nichtintentionale Neustrukturierung des bereits Vorhandenen mündet, begreift Nonaka (1994, 18ff.) diesen Prozess als spiralförmiges Explizieren eines zuvor Impliziten (vgl. Göhlich 2001, 246).

[7] Fokussierung bedeutet selbstverständlich nicht den Ausschluss von oder die Auseinandersetzung mit administrativen, juristischen oder finanziellen Prozessen (vgl. Göhlich 2001, 248).

Können-, Leben- und Lernen-Lernen sowie der Dimension des Kognitiven, Sozialen, Emotionalen, Körperlichen etc. und betrachten so einzelne pädagogische Einrichtungen, so werden bestimmte Eigenarten derer Praxen deutlicher“ (Göhlich 2001, 249). Dabei setzt das jeweilige Lernunterstützungssystem auf entsprechende Methoden (Mitteilen, Zeigen, Vormachen, Fragen, Versuche ermöglichen etc.), die einerseits einem historischen Wandel unterliegen und andererseits abhängig von der jeweiligen Schwerpunktbildung in der Art des Lernens begründet sind, auf das die Einrichtung sich spezialisiert.

Gerade in dieser Komplexitätsreduktion des Lernunterstützungssystems, die sich in der Fokussierung auf bestimmte Lerndimensionen (z. B. Schule: Wissen-Lernen; Musikschule: Können-Lernen) und der damit einhergehenden Ausgrenzung anderer Lernprozesse zeigt, liegt eine wichtige Quelle für Störungen. Durch die Auswahl bestimmter, für die fokussierte Lerndimension adäquater Methoden, blendet „die so spezifizierte Lernunterstützung [...] alle anderen Aspekte und Dimensionen des Lernens aus, die ja im Lernprozess untrennbar verbunden sind“ (ebd., 251). Eine störungsärmere Arbeit ergibt sich durch das Bewusstsein um die Zirkularität und die notwendigen ‚Nebeneffekte‘ im jeweiligen Lernunterstützungssystem.[8] Als Problem von Lernunterstützungssystemen gilt ihre Tendenz, sich selbst als Systeme zu stabilisieren und dadurch „primär sich selbst (und erst sekundär lernende Individuen, etc.)“ (ebd., 252) zu unterstützen.

13.3.1.4 Lernhandeln

Im eher handlungstheoretisch fundierten Teil der „Theorie der Praxis pädagogischer Institutionen“ greift Göhlich die alte Unterscheidung von Vermittlung und Aneignung als zentrales Moment des Unterrichtsgeschehens auf und beschreibt sie als Lernhandeln, das dem nicht-professionellen Akteur (Schüler, Klient) zugeschrieben wird, und als Lernunterstützungshandeln, das vom professionellen Akteur (Lehrer, Case Manager) ausgeht. Als Lernhandeln lassen sich nun „Wissen-, Können-, Leben- und Lernen-Lernprozesse verstehen, die einem Akteur (u. U. von ihm selbst) zugeschrieben, als subjektiv sinnvolles Bewegen wahrgenommen und mit Anfang und Ende versehen werden bzw. sind“ (Göhlich 2001, 252). In Anlehnung an die sozialpädagogische Praxis verweist Göhlich auf die Möglichkeit des Rollenwechsels, so dass auch von nicht-professionellen Akteuren Lernunterstützungshandeln ausgehen kann.

---

[8] An dieser Stelle widerspricht Göhlich der systemtheoretischen Pointe der Ausdifferenzierung von Funktionssystemen. Das systemtheoretische Verständnis moderner Gesellschaftsentwicklung basiert ja gerade darauf, dass sich Funktionssysteme mit verschiedenen Funktionen herausgebildet haben, also u. a. in der Ausdifferenzierung verschiedener pädagogischer Systeme mit verschiedenen Funktionen besteht. Jedes dieser Systeme kann nur funktional störungsfrei operieren, wenn es die jeweils anderen Funktionen ausblendet. In der operationalen Schließung liegt auch die Quelle für die Beseitigung von Störungen. Die hier formulierte These der Produktion von Störungen durch funktionale Differenzierung verweist auf ein handlungstheoretisches Problem, das im systemtheoretisch formulierten begrifflichen Rahmen geklärt werden soll.

Interessant wird nun der Anschluss des Handelns an die Prozesse des sozialsystemischen Prozessierens einer Institution.[9] „Wie sich aus der Erörterung der System- und Handlungstheorien ergeben hat, emergiert Handeln aus sozialsystemischem Prozessieren. [...] Lernhandeln als spezifischer Akt der Praxis pädagogischer Institutionen schält sich aus deren Prozessieren als lernendes System heraus. [...] Als Lernhandeln bietet es den an der Praxis beteiligten sozialen Systemen gleichermaßen wie den an sie anschließenden [...] psychischen oder psychomotorischen Systemen individueller Akteure die Möglichkeit, das Prozessieren der Praxis zu intendieren,[10] zu reflektieren, seinen Sinn und seine Verantwortetheit zu bestimmen“ (ebd., 253). Der Lernende lernt also im sozialen Kontext lernender Interaktion mit anderen und im Kontext einer auf Lernen spezialisierten Institution, im Rahmen eines lernenden Systems. Wie genau die Kopplung zwischen individuellem Lernen und lernendem System zu verstehen ist, scheint problematisch zu bestimmen zu sein, wie bereits Göhlichs Wortwahl zeigt: das Handeln ‚emergiert‘ bzw. ‚schält sich aus dem Prozessieren heraus‘. Den allgemeinen Zusammenhang der Handlungsemergenz aus systemischem Prozessieren versteht Göhlich als „selbstreferentes Geschehen [, das] mittels Akteurszuschreibung interpunktiert [wird], Grenzen werden an Akteuren verortet, Grenz- und Strukturbildungen werden Akteuren zugeschrieben und so von ihnen verantwortet. Zugleich werden sozialsystemische Selbstreferenz, Grenz- und Strukturbildungen in sinnvolles Bewegen überführt und erscheinen antizipier- und damit potenziell reflektierbar“ (ebd., 253). Allerdings wäre in den jeweiligen Kontexten zu untersuchen, *worin* die Zuschreibung an *welchen* Akteur besteht und *wie* bzw. *von wem* sie vorgenommen wird, um den Zusammenhang zwischen individuellem Lernen und jeweiligem Lernunterstützungssystem genauer fassen zu können.

Ein institutioneller Rahmen bietet im Lernhandeln nicht nur Optionen, sondern ist auch der Ort sozialer Bedeutungszuweisung des Lernens. Im Gegensatz zu rein individuellen Lernprozessen eröffnet das Lernhandeln in Institutionen erst die Möglichkeit der Prüfung und Beurteilung des Lernens. Durch diesen Prozess werden die lernhandelnden Akteure einer spezifischen Institution zugeschrieben,[11] dadurch wird das Lernhandeln für die Lernunterstützungsprozesse leichter zugänglich. Dies bedeutet, dass erst durch die Zugehörigkeit des Lernenden zu einer (pädagogischen) Institution seine Lernleistung bewertbar wird und er dadurch eine institutionell abgesicherte Unterstützung beim Lernen erhält.

---

[9] „Wie sich aus der Erörterung der System- und Handlungstheorien ergeben hat, emergiert Handeln aus sozialsystemischem Prozessieren. Selbstreferenzielles Geschehen wird mittels Akteurszuschreibung interpunktiert, Grenzen werden an Akteuren verortet, Grenz- und Strukturbildungen werden Akteuren zugeschrieben und so von ihnen verantwortet. Zugleich werden sozialsystemische Selbstreferenz, Grenz- und Strukturbildungen in sinnvolles Bewegen überführt und erscheinen antizipier- und damit potenziell reflektierbar“ (Göhlich 2001, 253).

[10] Dabei scheint jedoch die Möglichkeit, dass der einzelne Lernhandelnde die Praxis der pädagogischen Institution intendiert, den selbstreferenziellen Charakter ihres systemischen Prozessierens zu konterkarieren.

[11] Ein Beispiel hierfür könnte sein: Wer in der vierten Klasse der Grundschule einen Notendurchschnitt von 3,0 hat, wird für die 5. Klasse der Realschule zugeordnet.

13.3.1.5 Lernunterstützungshandeln

Lernunterstützungshandeln entsteht durch Akteurszuschreibung[12] aus dem systemischen Prozessieren und hat zwei zentrale Richtungen: Zum einen kann es gezielt Lernprozesse unterstützen, zum anderen kann es die „Akteurszuschreibung des Lernhandelns wieder in das Prozessieren lernender Systeme (und zwar auch in das Prozessieren der an der Praxis der pädagogischen Einrichtung beteiligten sozialen Systeme) verflüssigen“ (Göhlich 2001, 254). Lernunterstützungshandeln kann in etwa synonym zum Begriff professionellen pädagogischen Handelns verwendet werden, allerdings betont das Lernunterstützungshandeln den Aspekt der Ableitung dieses Handelns aus der Praxis pädagogischer Institutionen im Gegensatz zur Ableitung aus der Interaktion zweier Akteure. Zudem erfordert die Betrachtung der institutionellen Praxis zuvorderst eine systemtheoretische Perspektive, die dann mit einer handlungstheoretischen verbunden wird. Erst diese beiden Prämissen lassen ‚professionelles pädagogisches Handeln‘ bzw. Lernunterstützungshandeln als Teil einer Praxis pädagogischer Institutionen verständlich werden. In seiner ausdifferenzierten Form umfasst Lernunterstützungshandeln dabei die folgenden Aspekte: Anregung von Lernen-Lernen, Wissen-Lernen, Können-Lernen und von Leben-Lernen; Aufklärung von Lernen-Lernen, Wissen-Lernen, Können-Lernen und von Leben-Lernen; Stabilisierung von Lernen-Lernen, Wissen-Lernen, Können-Lernen und von Leben-Lernen; dazu kommen die Aspekte: Selbstreferenz in Akteurszuschreibung überführen, Grenze und Grenzbildung an Akteuren verorten, Strukturen und Strukturbildung Akteuren zuschreiben, Selbstreferenz in sinnvolles Bewegen überführen, Grenze und Grenzbildung in sinnvolles Bewegen überführen, Struktur und Strukturbildung in sinnvolles Bewegen überführen, Selbstreferenz antizipieren (und ggf. reflektieren), Grenze und Grenzbildung antizipieren (und ggf. reflektieren), Struktur und Strukturbildung antizipieren (und ggf. reflektieren). Diese Auflistung betont also die drei Aspekte des Lernunterstützens (Stabilisieren, Aufklären, Anregen) und die Transformation systemischen Prozessierens in akteursgebundenes Handeln (ebd., 256).

Für den Fortgang der Argumentation ist insbesondere der Aspekt des lernenden Systems interessant, da hier organisationales Lernen thematisch wird. Dabei ist einerseits der auch in Bezug auf die Institution verwendete Lernbegriff (Wissen-, Können-, Leben-, Lernen-Lernen), andererseits ein Verständnis von individuellem Lernen als Anschlussaktivität systemischen Prozessierens von zentraler Bedeutung.

13.3.2 Lernen und Lernunterstützung im Case Management

Die organisationspädagogische Betrachtung richtet sich auf alle Aspekte des Case Managements, in denen Lernen und Lernunterstützung sowohl auf individueller als auch auf organisationaler Ebene vorkommt. Ein besonderes Augenmerk liegt dabei auf den im CM selbst angelegten handlungs- und systemtheoretisch relevanten Funktionen für lernende Organisationen (lernende Systeme).

[12] Hierfür nennt Göhlich folgende Beispiele: „Schule: ‚Wenn Frau Maier, die Mathelehrerin, uns erklärt, wie man rechnet, versteht keiner was.‘ [...] Heim: ‚Der Otto, unser Erzieher, ist total dahinter her, dass wir lernen, mit unserem Geld umzugehen‘“ (Göhlich 2001, 254).

Wie bereits festgestellt betont CM im Vergleich zu traditionellen klientenzentrierten Ansätzen die organisationale Komponente der Arbeit und stärkt die systemische Perspektive gerade durch die Überwindung segmentierter Dienstleistungen. Diese Überwindung findet in zweierlei Hinsicht statt. Auf der Organisationsebene wird die Einzelfallausrichtung durch fallgruppenbezogene Kooperationen erweitert und bestehende Dienste werden durch Kooperationsverbünde und regionale Netzwerke miteinander verknüpft. Aber auch in der Arbeit am einzelnen Fall werden die Grenzen bestehender Dienste durch Absprachen, durch Helferkonferenzen oder Ausführungsteams überwunden (Löcherbach 2004).

Case Management verbindet zudem das lebensweltliche System des Klienten mit seinen Kommunikationsstrukturen, seinen Handlungsstrategien und Bewältigungsressourcen mit dem organisatorischen System der sozialen Dienste und Hilfseinrichtungen. Gerade diese Systemgrenze wird immer wieder thematisiert, wenn es um die mit dem CM verbundene Einführung von Controllingverfahren geht, da hier Verfahren der Effizienz und Effektivitätsmessung bei Dienstleistungen und Problemlösungsprozessen angewandt werden sollen, die unmittelbar abhängig von der sozialen Lebenswelt der Klienten sind. Entscheidend ist hier, dass diese Instrumente als eine Unterstützung der professionellen Praxis angesehen werden, ohne die notwendige Reflexion auf die Systemgrenze aufzugeben.

Die Vernetzung, Grenzüberwindung und die Betonung der organisatorischen und wirtschaftlichen Aspekte der Hilfe führen aber nicht allein zu einer stärkeren Rolle der systemischen Perspektive, sondern sie bieten auch Hinweise auf die Funktion des Case Managements für organisationale Lernprozesse. Diese Funktionen werden nun anhand der oben systematisch vorgestellten Aspekte des Lernhandelns, Lernunterstützungshandelns, des Lernenden Systems und Lernunterstützungssystems vorgestellt.

13.3.2.1 Lernhandeln im CM

Das professionelle Handeln im CM ist im Wesentlichen von den Aufgaben des Case Managers geprägt, die sehr stark auf die Kommunikation mit dem Klienten ausgerichtet sind, d. h. es wird der Bedarf erhoben, gemeinsam ein Hilfeplan erstellt, die verfügbaren Ressourcen erhoben und der Prozess evaluiert. Dabei übernimmt der Case Manager Funktionen, die in der Charakterisierung des Nurse Case Management mit Communicator, Problem Solver und Educator beschrieben werden (American Nurse Association). Case Management zielt mit anderen Worten auf ein Lernhandeln auf Seiten der Klienten, das durch den Case Manager unterstützt wird. Zugleich aber funktioniert CM nur dann, wenn auch bei den anderen Prozessbeteiligten Lernhandeln stattfindet.

So setzt etwa die Vernetzung einzelner professioneller und alltagsnaher Hilfen Lernen der Beteiligten und der beteiligten Organisationen voraus. Dies wird besonders anhand der Empfehlungen des Deutschen Vereins zu Qualitätsstandards für das Fallmanagement (2004) deutlich. Dort werden Ressourcen auf institutioneller und individueller Ebene benannt, die für erfolgreiches Management notwendig sind. Zentrale Punkte für das erforderliche Lernhandeln des Case Managers und der beteiligten Institutionen sind in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1: Empfehlungen des Deutschen Vereins zu Qualitätsstandards für das Fallmanagement (2004)

Aufgabe	Individuelle Ressourcen	Institutionelle Ressourcen
Herstellung eines Arbeitsbündnisses	Gesprächsführungskompetenz, Fähigkeit, persönliche Probleme und Bedarfslagen der Ratsuchenden zu erkennen und einzuordnen, Fähigkeit, eine tragfähige Beratungsbeziehung herzustellen.	Bereitstellung von Gelegenheiten systematischer Selbstreflexion (z. B. Supervision), Bereitstellung von Kriterien für die Entscheidung, wann Fallmanagement stattfinden soll.
Ressourcen- und Bedarfsanalyse	Fähigkeit, die persönlichen, sozialen, markt- und betrieblichen Bedingungen und Umstände in die Bewertung eines Falles einzubeziehen.	Entwicklung/Übernahme geeigneter Diagnoseinstrumente und Dokumentationssysteme unter Beachtung datenschutzrechtlicher Grundsätze.
Hilfeplanerstellung und Zielfestlegung	Fähigkeit zu realistischer Einschätzung von Bewältigungsressourcen.	Bereitstellung eines Dokumentationssystems, das geeignet ist, unterschiedliche Zielebenen festzuhalten.
Bedarfsgerechte Erbringung des Leistungsangebot	Kompetenz, Angebote miteinander zu verknüpfen und Controllinginstrumente nutzen können, Fähigkeit zu zielbezogenem, budgetorientiertem Arbeiten.	Einbindung der Leistungsanbieter in das Konzept (Aufbau eines Netzwerks), Festlegen von Schnittstellen, Klärung von Verantwortlichkeit.

Diese notwendigen Ressourcen sind in der Regel nicht sofort vorhanden, sondern müssen im Zuge der Einführung von Case Management durch Lernhandeln erworben werden, innerhalb der jeweiligen Einrichtungen müssen die organisationalen Voraussetzungen für erfolgreiches Arbeiten nach diesen Qualitätsstandards geschaffen werden. Case Management führt also unmittelbar zu Lernhandeln auf individueller und institutioneller Ebene. Nun könnte man argumentieren, dass jede Einführung einer neuen Managementtechnik oder Organisationsform Lernen nach sich zieht. Dies ist richtig, im Falle des Case Managements gilt dies allerdings insofern verstärkt, als die erforderlichen Ressourcen und Kompetenzen wieder wesentlich Lern- und Reflexionskompetenzen sind. Case Management erfordert also die stetige Lernfähigkeit der Individuen und der Institutionen, in denen es eingesetzt wird. Dies kann anhand des erforderlichen Lernunterstützungshandelns im Rahmen von CM-Abläufen weiter verdeutlicht werden.

13.3.2.2 Lernunterstützungshandeln im CM

Lernunterstützungshandeln betont die akteursbezogene Seite der Lernunterstützung. Diese Unterstützung kann in zweierlei Richtungen geschehen. So kann individuelles Lernen entweder direkt unterstützt werden oder es werden systemische Prozesse in akteursgebundenes Handeln transformiert.

Tabelle 2: Gliederung der Lernunterstützung nach CM

Handeln	Lernform	Case Management
Anregung von	Lernen-Lernen Wissen-Lernen Können-Llernen Leben-Lernen	Bedarfsanalyse, Motivation und Aktivierung, Mitwirkungsfähigkeit und Bereitschaft stärken, Erstellen eines Hilfeplans, Hilfe bei der Problemlösung.
Aufklärung von	Lernen-Lernen Wissen-Lernen Können-Lernen Leben-Lernen	Selbstenthüllung/differenziertes Denken (Löcherbach 2004), gemeinsame Analyse der bisherigen Lebenssituation.
Stabilisierung von	Lernen-Lernen Wissen-Lernen Können-Lernen Leben-Lernen	Vermittlung eines Beratung, Therapie oder Hilfeangebots, Betroffenenkompetenz und Selbsthilfefähigkeit stärken, Stärkung positiver Bewältigungsstrategien.

Die direkte Unterstützung des Lernhandelns beinhaltet die Anregung, Aufklärung und Stabilisierung von Lernenden. Im Rahmen von Case Management gliedert sich die Lernunterstützung demnach in die in Tabelle 2 aufgeführten Aspekte.

Die Handlungsstrategien des Fallmanagements, wie sie etwa in der Ottawa Charta (1987) grundgelegt sind, also befähigen und ermöglichen, vermitteln und vernetzen sowie Interessen vertreten können aus organisationspädagogischer Sicht als Strategien des Lernunterstützungshandelns verstanden werden. Auch der Rekurs einiger Autoren im CM auf Handlungsstrategien des Empowerment wie Motivation und Aktivierung, der Stärkung von Mitwirkungsfähigkeit, Bereitschaft, Betroffenenkompetenz und Selbsthilfefähigkeit sowie der Selbstenthüllung (Löcherbach 2004) verdeutlicht in welcher Weise Lernunterstützungshandeln einen zentralen Aspekt von Case Management darstellt.

Da jedoch der Klient bzw. die Lösung seines Problems im Zentrum der vernetzten Strategien der Problembewältigung steht, ist es eine dauerhafte Aufgabe des Case Managers, das aktuelle Lernhandeln des Klienten, seine eigenen Lebensbewältigungsstrategien für das systemische Prozessieren der einzelnen Dienste und Ressourcen anschlussfähig zu machen. Darin liegt ein weiterer systematischer Aspekt des Lernunterstützungshandelns. Ähnlich wie ein Organisationsentwicklung im Unternehmen dafür Sorgen muss, dass die Unternehmensstrukturen und -abläufe an die weiterentwickelten Fähigkeiten der Mitarbeiter angepasst werden, ist es die Aufgabe des Case Managers, im Rahmen des Monitoring die Hilfeplanung auf veränderte Handlungs- oder Bewältigungsstrategien des Klienten anzupassen.

13.3.2.3 Lernendes System im CM

Lernende Systeme zeichnen sich dadurch aus (s. o.), dass sie über Systemgrenzen hinausgehen, über Raum- und Zeitgrenzen der jeweiligen Organisation hinausweisen und zu einer Neudefinition von Grenzen und Strukturen der Einrichtung führen.

Case Management führt zu genau diesen Effekten in sozialen Einrichtungen indem die bisher überwiegend personenbezogene Interaktion der sozialen Arbeit bzw. der gesundheitlichen Dienstleistungen um eine systemische Komponente erweitert wird. Einzelne Dienste und lebensweltliche Ressourcen des Klienten werden zur Bearbeitung eines Falls verknüpft. Damit weist CM strukturell über die Grenzen der einzelnen Einrichtung, des einzelnen Dienstes ebenso hinaus, wie über die bisherigen professionellen Standards einzelner Hilfeberufe (Wißmann 2003). Durch die Verstetigung dieser Grenzüberschreitung initiiert CM lernende Systeme in dem Sinne, dass es neue Grenzen und Strukturen schafft.

Case Management setzt auf bestimmte Instrumente, die die dauerhafte Anpassung und Veränderung seiner Organisation sicherstellen. Hierzu zählt wesentlich ein Dokumentationssystem als organisationale Wissensbasis, das unterschiedliche Zielebenen (Klienten, Dienstleistungen, Träger) festhalten kann. Darüber hinaus steuern Bedarfsanalyse und Evaluation die Arbeit und tragen zu einer Verbesserung von Organisation, Abläufen und Angeboten bei.

Ein Teilaspekt des organisationalen Lernens durch CM ist das *Controlling*. Die Koordinationsfunktion des Case Managers ermöglicht eine klientenspezifische Kostenübersicht, über die einzelnen Leistungen, die zur Problemlösung vereinbart wurden. Dadurch wird die Kostentransparenz klientenbezogener sozialer Dienstleistungen erhöht. So berichten auch Stoop und Leber aus ihren Erfahrungen mit der Einführung von Case Management in der Schweiz, dass öffentliche Mittel dank Controlling zielgerichteter eingesetzt würden (2001). Die Koordination der Informationsströme ermöglicht mittelfristig zudem die Erarbeitung von Vergleichskennzahlen, die für die Planung von sozialen und Gesundheitseinrichtungen eine neue Basis für Soll-Ist-Berechnungen liefern.

13.3.2.4 Lernunterstützungssystem im CM

Case Management stabilisiert Lernprozesse der Klienten, sucht über gesundheitliche Konsequenzen bestimmter Handlungsmuster ebenso aufzuklären wie über notwendige Hilfe-Maßnahmen oder vorhandene Ressourcen zur Problemlösung und ist somit auch als Lernunterstützungssystem zu verstehen. Lernunterstützungssysteme beinhalten im Wesentlichen Methoden der Lernunterstützung, die jedoch jeweils einrichtungsspezifisch sind und einem historischem Wandel unterliegen. Die Lernunterstützungssysteme, die *institutionenübergreifend* im Rahmen von Case Management entstehen, sind: standardisierte Organisationsabläufe, wie sie etwa im Phasenmodell des CM deutlich werden, die Einführung und Entwicklung von Qualitätsstandards (vgl. Empfehlungen des Deutschen Vereins 2004; Brader et al. 2004) und entsprechende Aus- und Weiterbildungsangebote.

Die *institutionenspezifische* Lernunterstützung ist wesentlich geprägt von der besonderen Raum- und Zeitstruktur der Fallarbeit, die Lernprozesse anregt und stabilisiert: Räumlich sind die Hilfeangebote möglichst nahe an der Lebenswelt der Klienten angesiedelt, um vorhandene

Bewältigungsressourcen einfach in die Problemlösungsstrategie einbeziehen zu können und um ein stabiles Lern- und Hilfsumfeld zu schaffen.

Auch die Zeitstruktur ist ein entscheidendes Element gelingenden Case Managements und zugleich ein Aspekt der Lernunterstützung. Die Erarbeitung eines Zeitplans für die Falllösung und die anschließende Orientierung der Arbeit an diesem ist ein entscheidender Teil der gemeinsamen Hilfeplanung von Case Managern und Klienten. Der Zeitplan dient auch der Herstellung einer verbindlichen, kontraktförmigen Zusammenarbeit zwischen den Beteiligten. Er macht das Vorgehen für alle Beteiligten transparent und stabilisiert die angestrebten Lern- und Entwicklungsprozesse durch eine Gliederung in einzelne Schritte.

Die zentrale Unterstützungsleistung im CM ist jedoch die Ressourcenallokation und Ressourcenerschließung. Hierzu nutzen Klient und Case Manager unterschiedliche soziale Netzwerke: (1) die natürlichen Netzwerke (Familie, Freunde), (2) die sozialen oder künstlichen Netzwerke (formell und funktional ausgerichtete Organisationsgebilde wie Selbsthilfe und professionelle Systeme) und (3) das persönliche Netzwerk, das alle Beziehungen einer Person symbolisiert (Boskamp 1996). Die Funktion dieser Netze besteht in der Leistung „sozialer Unterstützung“. Diese soziale Unterstützung soll zu Gewohnheiten und Bedürfnissen der Klientel passen, negative Handlungszirkel aufbrechen, positive Gewohnheiten unterstützen. Die soziale Unterstützung durch das Management sozialer Netzwerke ist aus organisationspädagogischer Sicht ein zentraler Baustein der Stabilisierung von Lernhandeln des Klienten, also Teil des Lernunterstützungssystems des Case Managements. Hilfe und Förderung knüpfen unmittelbar an die Lebenswelt des Klienten an und sollen durch die bessere Passung effizienter und effektiver sein.

13.4 Fazit: Funktionen des Case Managements für organisationales Lernen

Case Management ist Schnittstellenarbeit. Es kann nur dann gelingen, wenn die Arbeit mit dem Klienten sinnvoll und tragfähig mit lebensweltlichen Ressourcen und professionellen sozialen und gesundheitlichen Dienstleistern verknüpft wird. Paradigmatisch für andere führende Fachvertreter folgert Wendt (2001): „Hat man [...] die personenbezogene Methode Case Management im Blick, ist zu bedenken, dass sie in Humandiensten nur dann erfolgreich eingesetzt werden kann, wenn sie mit einer *Organisationsentwicklung* verbunden ist, welche die Strukturen der humandienstlichen Versorgung auf die prozessualen Anforderungen des Case Managements abstimmt und ihm das Netzwerk zur Koordination und Kooperation der beteiligten Stellen und Fachkräfte schafft. Case Management ist hier ein Konzept der Systemsteuerung. Es wird herangezogen zur Optimierung der Leistungsstrukturen.“ Mit anderen Worten Case Management führt notwendigerweise zu organisationalem Lernen.

So beschreiben Klewe, Müller und Hampe-Grosser in diesem Band einige konkrete Organisationsveränderungen, die sich in den einzelnen Bereichen der sozialen Arbeit durch die Einführung von Case Management ergeben haben. Hierbei heben die Autoren insbesondere die Flexibilisierung der Organisation nach den Prinzipien der Nachfrageorientierung und lebensweltnahen Problemlösung hervor. Unter dem Stichwort raumbezogene Förderung wird u. a. auf die

Regionalisierung der Organisation, der kooperativen Steuerung in Sozialraumteams, der dezentralen Ressourcen- bzw. Finanzverantwortung, dem Controlling und der Einführung von alternativen Finanzierungsformen wie der Sozialraumbudgets hingewiesen.

Die Argumentation dieses Aufsatzes schlägt eine organisationspädagogische Betrachtung vor, die untersucht, an welchen Stellen Lernen und Lernunterstützung auf individueller und organisationaler Ebene durch Case Management angeregt wird. Die oben aufgeführten Funktionen sind hier abschließend in einer Übersicht in Abbildung 2 dargestellt.

Lernen und Lernunterstützung finden bei allen beteiligten Individuen und Institutionen statt. Klienten werden ebenso zum Lernhandeln angeregt wie Case Manager und Helfer, von allen Beteiligten ist Lernunterstützungshandeln nötig, wobei hier Case Manager und Helfer ihre professionelle Aufgabe haben. Aber auch auf der Ebene des Hilfesystems, des Gesundheitssystems, des Systems der sozialen Arbeit, findet Lernen statt. So müssen Organisationen sicherstellen, dass organisationales Lernen möglich ist, ohne dass CM nicht durchgeführt werden kann. Ebenso müssen für Klienten, soziale Netzwerke und professionelle Dienste Lernunterstützungssysteme geschaffen und gepflegt werden, um erfolgreich Probleme von Klienten durch CM lösen zu können.

Angesichts der Diskussion um neue Wege in der Finanzierung sozialer Arbeit, der neuen Verhältnisbestimmung von privaten Geldgebern und öffentlicher Hand bei gemeinwohlorientierten Aufgaben und der daraus resultierenden Diskussionen um soziale Investitionen wird eine andere Rolle des CM deutlich, die sich für die Zukunft gemeinwohlorientierter Arbeit als entscheidend erweisen kann.

Durch das Case Management wird es möglich, eine größere Transparenz in die Arbeitsabläufe sozialer Arbeit und Gesundheitsdienstleistungen zu bringen, idealerweise werden Dopplungen in der Fallbearbeitung vermieden und systematisch nicht-professionelle Hilfen in den Hilfeplan integriert. Controlling und Dokumentationssystem erlauben einen Überblick über eingesetzte Dienste, Dauer der Hilfsangebote und ermöglichen so vergleichende Analysen und Wirkungsbeschreibungen. Wenn auch die entsprechenden Effekte noch nicht für alle Einsatzgebiete des Case Management nachgewiesen sind, werden doch Voraussetzungen dafür geschaffen, gegenüber den Trägern und Geldgebern sozialer Dienste klare Mittelverwendungsberichte zu geben. Sollte sich die Finanzierung sozialer Arbeit weiter in Richtung auf eine Mischfinanzierung aus privaten und öffentlichen Mitteln entwickeln, wird auch die Diskussion über neue Finanzierungsstrukturen im gemeinwohlorientierten Sektor weitergehen wird die Frage im Raum stehen, wie Investoren angezogen werden können, die bereit sind in gemeinwohlorientierte Aufgaben zu investieren. In diesem Zusammenhang wird eine Darstellung des Social Return on Investment virulent, also eine Beschreibung der sozialen Wirkung, die mit Hilfe einer Investition (von Zeit, Geld oder Ressourcen) erreicht werden konnte. Die auf Case-Management-Systemen basierenden Daten können hierfür eine wichtige Grundlage bieten. Sie sind damit von strategischer Bedeutung für die Zukunft der gemeinwohlorientierter Arbeit.

Abbildung 2: Organisationspädagogische Betrachtung des Case Management

		Aspekte des Pädagogischen	
		Lernen (Wissen-, Können-, Leben-, Lernen-)	*Lernen unterstützen* (stabilisieren, aufklären, anregen)
Aspekte der Praxis von Institutionen	*Handeln* (Akteurs zuschreibung, sinnvolles Bewegen, Antizipation)	**Lernhandeln** Kommunikation, Gesprächsführungskompetenz erwerben, CM setzt Lernfähigkeit der beteiligten Individuen und Institutionen voraus, tragfähige Beratungsbeziehung herstellen.	**Lernunterstützungshandeln** Stabilisieren positiver Handlungsmuster, Einbindung anderer Hilfeanbieter, Aufklären durch Bereitstellen systematischer Selbstreflexionsmöglichkeiten, Aufklärung von Hilfeoptionen und Bewältigungsressourcen (durch Bedarfsanalyse), Anregen von Bewältigungsstrategien in Zusammenarbeit mit den jeweiligen anderen Diensten und laufendes Monitoring des Unterstützungsprozesses.
	System (Selbstreferenz, Grenze, Struktur)	**Lernendes System** CM führt zu Neuausrichtung der sozialen Dienste und Gesundheitsdienstleistungen, CM geht über die jeweiligen Systemgrenzen hinaus und schafft Anschlussoptionen in der Kommunikation, Verknüpfung von lebensweltlichen Ressourcen und professionellen Diensten (Klientensystem und System sozialer Arbeit), zentrale Elemente des lernenden Systems sind Bedarfsanalyse, Controlling und Evaluation, Dokumentationssystem (organisationales Wissensbasis), das unterschiedliche Zielebenen festhalten kann.	**Lernunterstützungssystem** Kriterien für Entscheidung, wann Fallmanagement stattfinden soll, Diagnoseinstrumente, Hilfeplanung, lebensweltnahe Raumstruktur des CM, kooperative Zeitplanung schafft transparentes und stabiles Lernumfeld, standardisierter Ablauf, Qualitätsstandards und Fortbildung sorgen für methodisches Instrumentarium der Lernunterstützung.

Literatur

BAECKER, D. 1994: Soziale Hilfe als Funktionssystem der Gesellschaft. In: Zeitschrift für Soziologie. Jg. 23, Heft 2. 93-110.

BOSKAMP, P. 1996: Das Konzept des Sozialen Netzwerkes – Anwendungsmöglichkeiten im Kontext von Führen und Leiten in Organisationen. In BOSKAMP, P. / KNAPP, R. (Hrsg.): Führung und Leitung in sozialen Organisationen. Neuwied. 161-198.

BRADER, D. / FAßMANN, H. / LEWERENZ, J. / STEGER, R. / WÜBBEKE, C. 2004: Qualitätsstandards für ein „Case Management zur Erhaltung von Beschäftigungsverhältnissen behinderter Menschen (CMB)" – Ergebnisse einer Modellinitiative der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Materialien aus dem Institut für empirische Soziologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, 3/2004, Nürnberg.

EWERS, M. 2006: Case Management in der Pflege. Versuch einer Bestandsaufnahme. Vortrag auf der Tagung der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management. Gelnhausen 30./31.1.2006.

FEAGIN, J. / ORUM, A. / SJOBERG, G. (Hrsg.) 1991: A case for case study. Chapel Hill, NC.

FUCHS, P. 2000: Systemtheorie und Soziale Arbeit. In: MERTEN, R. (Hg.): Systemtheorie sozialer Arbeit. Neue Ansätze und veränderte Perspektiven. Opladen. 157-175.

GÖHLICH, M. 2001: System, Handeln, Lernen unterstützen. Eine Theorie der Praxis pädagogischer Institutionen. Weinheim.

HAMEL, J. / DUFOUR, S. / FORTIN, D. 1993: Case study methods. Newbury Park, CA.

KLEVE, H. / MÜLLER, M. / HAMPE-GROSSER, A. 2009: Der Fall im System – die Organisation im systemischen Case Management. In diesem Band.

KLUG, W. 2005a: „Die neue US-Sozialpolitik – Vorbild für die Führung von konfessionellen Wohlfahrtsverbänden?", in: MEIER, U. / SILL, B. (Hrsg.): Zwischen Gewissen und Gewissen, Werteorientierte Personalführung und Organisationsentwicklung, Regensburg. 109-126.

KLUG, W. 2005b: „Case Management und Motivationsprobleme bei Klienten", in: Sozialmagazin, 30. Jg., 1/2005. 42-50.

KLUG, W. 2006: „Fallmanagement" – Eine Konstruktion des SGB II, Konsequenzen für die Wohlfahrtsverbände, in: Sozialmagazin, 31. Jg., 2/2006. 18-24.

LÖCHERBACH, P. 1988: Altes und neues Case Management. Soziale Unterstützungsarbeit zwischen sozialer Hilfe und Dienstleistungsservice. In: MROCHEN, S. / BERCHTOLD, E. / HESSE, A. (Hsrg.): Standortbestimmung sozial-pädagagogischer und sozialarbeiterischer Methoden. Weinheim. 104-122.

LÖCHERBACH, P. 2004: Innovation in und durch Case Management. Vortrag auf Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit am 26/27.11.2004, Berlin.

MARSHALL M. / LOCKWOOD A. / GATH D. 1995: How effective is social services case management for people with long-term mental disorders? A randomised controlled trial. *Lancet* 1995; 345. 409-12.

MARSHALL, M. 1996: Case management: A dubious practice. British Medical Journal, 312. 523-524.

MARSHALL, M. / GRAY A. / LOCKWOOD A. / GREEN R. 2006: Case management for people with severe mental disorders. In: *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2/2006.

RICHMOND, M.E. 1917: Social Diagnosis, New York (Russel Sage Foundation).

SCHREYÖGG, G. 1999: Organisation. Grundlagen moderner Organisationsgestaltung. 3. Aufl. Wiesbaden.

STOOP, K. / LEBER, L. 2001: Organisationsentwicklung und regionales Management ambulanter Suchthilfe. Erfahrungen mit Case Management in der Perspektive Solothurn. In: Suchttherapie 2/2001. 1-6.

TELLIS, W. 1997: Introduction to Case Study. In: *The Qualitative Report*, Volume 3, Number 2, July, 1997.

THIERSCH, H. 1992: Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel. Weinheim.

WENDT, W.R. 2001: Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. Lambertus, 3. Auflage Freiburg.

WIßMANN, P. 2003: Case Management. Konzept, Praxis und Qualifizierungsbedarf. In: Management im Gesundheitswesen (MIG). Halbjahresschrift für Angewandtes Management im Gesundheitswesen. Heft 9/2003, Berlin.

Autor

Dr. phil. Andreas Schröer, ist Leiter der Forschungsabteilung am Centrum für soziale Investition und Innovation (CSI) der Universität Heidelberg. Studium der Philosophie und Erziehungswissenschaften in Tübingen und Erlangen. Berufstätigkeit im Dritten Sektor, anschließend Wissenschaftlicher Mitarbeiter und Wiss. Assistent am Institut für Pädagogik der Universität Erlangen. Forschungstätigkeit an der Stanford University. Arbeitsschwerpunkte: Organisationspädagogik, Leadership, Begabungsförderung.

Annette Höcker

14 Aspekte des Konzeptes Lernende Organisation im Rahmen einer betrieblichen Weiterbildung in Case Management

In Rückschau auf eine betriebliche Weiterbildung zum Thema Case Management in einer großen Einrichtung der beruflichen Rehabilitation sollen zwei Themenbereiche erörtert werden.

Zum einen wird der Frage nachgegangen, inwiefern das Konzept Lernende Organisation (vgl. Argyris / Schön / Senge) hilfreiche Ansatzpunkte für einen erfolgreichen Implementierungsprozess von Case Management bietet, wobei an dieser Stelle weniger Fragen der Steuerung im Zentrum stehen als vielmehr Aspekte von förderlicher und hemmender Organisationskultur beleuchtet und diskutiert werden.

Daran anschließend werden Elemente von Komplementarität betrachtet, die sowohl in den Annahmen und Prozessen von Case Management und als auch in denen des Konzeptes der Lernenden Organisation zu finden sind.

14.1 Zum Konzept Lernende Organisation

Es gibt eine auffallend große Zahl von Publikationen zum Thema Lernende Organisation und der Begriff wurde innerhalb kurzer Zeit recht bekannt. In seiner breiten Verwendung fehlt dem Begriff allerdings häufig die Trennschärfe und klare Kontur. Zudem wird das Konzept der Lernenden Organisation im sozialwissenschaftlichen und wirtschaftwissenschaftlichen Diskurs unterschiedlich rezipiert und diskutiert (vgl. Faulstich 1998, 163). Hier sollen Elemente des Konzeptes herausgefiltert werden, die für betriebliche Weiterbildungen in Case Management von Bedeutung sein könnten.

Grundsätzlicher Konsens ist, dass Lernende Organisation als ein Synonym für einen komplexen Vorgang von Aneignung, Entwicklung und Weiterentwicklung von organisationalen Vorgängen verstanden werden kann. Idealerweise wäre dann eine solche Lernende Organisation, die anpassungswillig und -fähig ist und sich in einem Prozess der ständigen Bewegung befindet.

Eine Lernende Organisation nutzt Ereignisse in ihrer Prozesshaftigkeit als positive Anregungen für Entwicklung, indem sie ihr Wissen und Handeln an die neuen Anforderungen anpasst. Im Zentrum stehen die Potenziale der Organisationsmitglieder. Selbstorganisation, Eigenverantwortung, Selbstständigkeit und Reflexionsfähigkeit sind Schlüsselbegriffe in diesem Prozess.

Mit der Gewichtung auf diese Komponenten unterscheidet sich das Konzept der Lernenden Organisation von dem klassischen der Organisationsentwicklung. Lernende Organisation erscheint als eine partizipative Variante von Organisationsentwicklung.

14.1.1 Lernende Organisation nach Argyris und Schön

Im Organisationskonzept von Argyris und Schön (vgl. Argyris / Schön 1978) wird gerade der Aspekt der Partizipation betont. Danach basieren alle in einer Organisation auftretenden Handlungen auf den subjektiven Handlungstheorien ihrer Organisationsmitglieder, wobei Handlungstheorie Werte, Normen und Vorstellungen meint, die innerhalb der organisationalen Routinen und Abläufe entstanden sind (vgl. Faulstich 1998). Diese Annahmen finden sich dann auch weiter bei Senge in verstärkter Form z. B. in der Vorstellung von einem Organisationsgedächtnis (vgl. Senge 1996).

Handlungstheorien als leitende Vorstellungen der Mitglieder einer Organisation können sich verändern. Argyris und Schön unterscheiden drei Lernstufen, an denen wesentliche Aspekte des Konzeptes der Lernenden Organisation deutlich werden:

Single loop learning meint ein singuläres Verbesserungslernen, wenn z. B. ein Problem auftritt oder sich die Anforderungen der Umwelt wandeln. Hier wird das Problem gelöst, ohne sich mit den dahinter stehenden Handlungstheorien auseinander zu setzen. Ein solcher Prozess findet notwendigerweise immerzu in Systemen statt und ist nicht kennzeichnend für eine Lernende Organisation.

Double loop learning meint die Reflexion und Bearbeitung der Normen, die den Handlungstheorien zugrunde liegen. So werden die Kompetenzen, das Wissen und die Fertigkeiten reflektiert und systematisiert und zusätzlich oder gleichzeitig die Zielsetzungen, Selbstverständnisse und Abläufe der Organisation hinterfragt. Hier findet sich ein zentrales Element der Lernenden Organisation, nämlich die Hinterfragung der Handlungstheorien. Dazu bedarf es der notwendigen Offenheit der Organisationskultur, die zu kritischer Betrachtung und partizipativen Aushandlungsprozessen ermutigt. Hier setzt Gruppenlernen als zentrale Lernform der Lernenden Organisation an.

Deutero Learning meint die Reflexion der Lernprozesse auf der Metaebene. Es geht hier es um das Lernenlernen, was die Gestaltung eines förderlichen Lernklimas als zentralen Aspekt einer Organisationskultur meint, die sich als Lernende Organisation versteht. Damit stellt sich Organisationslernen dar als eine fördernde Umgebung zur Entwicklung von Kompetenzen zur selbstständigen Erarbeitung von individuellen und kollektiven Arbeits- und Lernzielen. Die Lernfähigkeit einer Organisation ist somit abhängig von ihrer Fähigkeit zur Selbstreflexion. (vgl. Argyris / Schön 1978, 17 ff.)

14.1.2 Lernende Organisation nach Senge

14.1.2.1 Die fünf Disziplinen

Nach Senge zeichnen sich Lernende Organisationen idealtypisch durch folgende Merkmale aus (vgl. Senge 1996):

- Grundlegend ist die *Fähigkeit zu systemischem Denken* bei möglichst allen Organisationsmitgliedern. Das Denken in Systemen beinhaltet das Erkennen und Verstehen von Wechselwirkungen in Prozessen. Die Möglichkeit zu systemischem Denken erfordert organisationale Transparenz in Entscheidungen und Abläufen (vgl. Senge 1996, 102).
- *Entwickelte Persönlichkeiten (personal mastery)* haben die Potenziale, systemisch zu denken. In dem Sinne ist die Förderung der Persönlichkeitsentwicklung eine wesentliche Voraussetzung zur Nutzbarmachung der Ressourcen der Organisationsmitglieder. Personal mastery geht über Fachwissen und Schlüsselqualifikation hinaus und meint mehr als die in der Berufsrolle immanenten Fähigkeiten, sondern umfasst die im Menschen vorhandenen kreativen Potenzen (vgl. Senge 1996, 173).
- *Mentale Modelle* freilegen und überprüfen. Hier geht es um die Handlungstheorien, die in jeder Organisation häufig auch unbewusst existieren. Für die Lernende Organisation ist es wesentlich, dass diese mentalen Modelle, Annahmen, Bewertungen und Vorstellungen gemeinsam mit und von den Organisationsmitgliedern aufgedeckt und kritisch betrachtet werden (vgl. Senge 1996, 230).
- *Die gemeinsam geteilte Vision.* Aus persönlichen individuellen Visionen wird in einem gemeinsamen Findungsprozess eine gemeinsame Vision der Organisation entwickelt, die handlungsleitend ist. Visionen haben starke emotionale Anteile und damit besondere Sogkraft. Visionen basieren auf tiefsten intrinsischen Bedürfnissen und verfolgen nicht sekundäre operationalisierte Ziele (vgl. Senge 1996, 259).
- *Lernen im Team.* Team wird hier verstanden als eine Gruppe von Organisationsmitgliedern, die sich nicht nur mit einer linearen Problemlösungsstrategie beschäftigt, sondern dass dieses Team sowohl eine gemeinsame Vision entwickelt als auch mit einer systemischen Sichtweise des Problems dieses als Prozess von Wechselwirkungen bearbeitet (vgl. Senge 1996, 290).

Um eine Lernende Organisation aufzubauen, bedarf es idealtypisch dieser fünf Komponenten, die sich jeweils wechselseitig bedingen und unterstützen. Dabei ist hervorzuheben, dass in diesem Modell von Lernender Organisation das Schwergewicht auf die Potenziale der Organisationsmitglieder aller Hierarchieebenen gelegt wird. Hier gilt es einen Schatz an bislang ungenützten Ressourcen zu heben.

Ein besonderes Potenzial liegt nach Senge in der *kreativen Spannung* zwischen Ist-Zustand und Vision. Gerade an diesem Punkt wird die Ressourcenorientiertheit dieses Ansatzes deutlich, der davon ausgeht, dass gerade in dem unbefriedigenden Ist-Zustand die Ressource für die Errei-

chung von Zielen liegt. Dabei wird die nicht optimale Gegenwart als Verbündete in Hinsicht auf die Vision angesehen. Kreative Spannung meint die Parallelität von Vision gepaart mit einem klaren Bild von der Gegenwart (vgl. Senge 1996, 184).

14.1.2.2 Hemmende Faktoren beim Aufbau einer Lernenden Organisation

Bei der Entwicklung von Lernender Organisation als Organisationskultur stellen manche Handlungstheorien der Organisationsmitglieder oder institutionelle Strukturen Hemmnisse dar. Senge beschreibt in sehr konkreten Bildern, von denen hier einige genannt werden sollen, da sie in ihrer Plastizität Organisationshandeln treffend spiegeln. Handlungstheorien und Glaubenssätzen wie folgende behindern Interdisziplinarität und prozesshaftes Systemdenken:

- *Ich bin meine Position – was die anderen (Personen, Abteilungen) tun, muss ich nicht wissen, geht mich nichts an.*
- *Der Feind da draußen*, das meint, andere Menschen oder Organisationen außerhalb oder andere Abteilungen innerhalb meiner Organisation stören meine Arbeitsweise.
- *Angriff ist die beste Verteidigung* statt eine Win-win-Situation herzustellen und in einem systemischen, kontraktbezogenen Miteinander, Kommunikation zu entwickeln, die die gegenseitigen Ressourcen nutzt (vgl. Senge 1996, 22 ff.).

Solche Glaubenssätze oder Handlungstheorien, die eher ein Einzelkämpfertum als Teamarbeit fördern, sind Resultat einer langen Geschichte von tayloristischem Zerstückeln von Arbeitsprozessen, Individualisierung von Verantwortung, Konkurrenz, Misstrauen, Defizitorientiertheit, mangelnder Transparenz über Arbeitsabläufe und Entscheidungswege und einer langen Tradition der Fixierung auf Ereignisse statt auf Prozesse.

14.1.2.3 Fördernde Faktoren beim Aufbau einer Lernenden Organisation

Folgende Strukturelemente schaffen dagegen positive Bedingungen für eine Lernende Organisation:

- Die Gestaltung der Organisationsstruktur und -kultur sowie deren Weiterentwicklung werden konzeptionell als „Wandel durch Lernen“ verstanden. Dazu müssen elementare Haltungen wie Transparenz, Empowerment und Partizipation grundsätzlich gewollt sein und aktiv praktiziert werden.
- Die Organisationskultur und -politik stellt Rahmenbedingungen zur Verfügung, dass am Erfolg als auch am Misserfolg gelernt werden kann, und zeigt eine Fehlertoleranz.
- Die Organisation ermuntert ihre Mitglieder zu Außenkontakten und verhindert Abschottung.

- Individuelles und kollektives Lernen wird verstanden als Motor von Veränderung und als Basis, gemeinsam geteilte Handlungsgrundlagen weiterzuentwickeln.
- Visionen und Zielsetzungen werden in einem gemeinsamen Findungsprozess entwickelt.
- Kooperations- und Konfliktlösungsfähigkeit werden gefördert, wechselseitiges Vertrauen der Organisationsmitglieder und Teamgeist werden befördert.
- Prozessorientierung und Selbstregulation in Gruppen wird aktiviert und unterstützt.
- Ein partizipativer Führungsstil wird praktiziert.
- Organisationsabläufe und -entscheidungen werden transparent gemacht, um so den Mitgliedern die Möglichkeit zu systemischem Denken und Handeln zu ermöglichen.

Eine lernförderliche Kultur wird gestärkt, wenn solche Lernformen entwickelt werden, die direkt an das Geschehen in der Organisation anschließen, also einen direkten Praxisbezug haben. Organisationales Lernen kann als ein sozialer Prozess verstanden werden, in dem das Gruppen- und Teamlernen in selbstorganisierten Strukturen besonders effektiv ist.

In Organisationen, in denen das kontinuierliche organisationale Lernen eher ungewohnt ist, bietet es sich an, solche Lernstrukturen zu schaffen, die Lernprozesse unabdingbar machen. Vor dem Hintergrund, dass Struktur Verhalten beeinflusst, entsteht eine Kultur zum Lernenlernen (vgl. Senge 1996, 171 ff).

14.2 Ansätze von Elementen der Lernenden Organisation in der betrieblichen Weiterbildung

14.2.1 Die betriebliche Weiterbildung in einem Berufsfortbildungswerk in Case Management

Die Qualifizierung in Case Management in Form einer Inhouse-Weiterbildung war ein Bestandteil von Organisationsentwicklung im Sinne einer internen Anpassungsleistung an den sich verändernden Markt und veränderte Situationen insbesondere in den Sozialgesetzbüchern. Ziel der Weiterbildung in Case Management war, die mittlere Führungsebene zu qualifizieren, die Fallführung in Haus zu optimieren und somit die Berufschancen der benachteiligten Jugendlichen verbessern. Innerhalb eines Zeitraumes von elf Monaten wurde vor Ort direkt in der Einrichtung die von der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management zertifizierte Weiterbildung durchgeführt. An der Weiterbildung nahmen disziplinübergreifend SozialpädagogInnen, ErzieherInnen und BerufspädagogInnen aus den verschiedensten Ausbildungs- und Wohnbereichen teil. Somit wurden MitarbeiterInnen der mittleren Führungsebene quer durch das gesamte Haus qualifiziert. Dadurch ergab sich schon während der Weiterbildung ein Multiplikationseffekt, indem informelles Lernen auf allen Ebenen sowohl horizontal als auch vertikal in unterschiedlicher Weise stattfand.

Die zertifizierte Weiterbildung Case Management in ihrer generalisierten Form wurde passgenau auf die Erfordernisse des Berufsbildungswerkes zugeschnitten. Das wurde realisiert, indem im didaktischen Konzept zusätzlich zu der Theorievermittlung zwischen den Modulen moderierte Praxisworkshops unter fachkundiger Leitung eingeführt und zudem noch durchgängig selbstorganisierte Arbeitsgruppen installiert wurden, die an pratikablen Umsetzungselementen von Case Management im Haus arbeiteten.

Damit stand die Frage nach dem Modus der Implementierung des Handlungsansatzes Case Management von Beginn der Weiterbildung an im Raum. Eine breite Diskussion war ausgelöst und ein bislang in der Praxis eher ungesteuerter Prozess der Partizipation begann. Es wurden und werden weiterhin Ziele überprüft, Arbeitsweisen und Arbeitswege kritisch hinterfragt, kreative Lösungen entwickelt, geprüft, wieder verworfen und weiterentwickelt. Der Prozess der Implementierung und passgenauen Übersetzung von Case Management war in Gang gesetzt.

Mit dieser Weiterbildung begab sich die Gesamtorganisation in eine Lernsituation, in der die Auseinandersetzung mit den Elementen Teamlernen, Selbstorganisation, Praxisbezug, gemeinsame Vision, Systemdenken zentrale Themen waren.

14.2.2 Entwicklung einer gemeinsamen Vision

Die Vision lautete, partnerschaftliche Arbeitsabläufe zu entwickeln, die auf gegenseitigem Wissen und Respekt basieren, die abteilungsübergreifend funktionieren, Reibungsverluste und Doppelbearbeitung minimieren und für alle verbindlich sind.

Operationalisiert wurde dieses Ziel durch das Erlernen von Case Management und einer entsprechend modifizierten Fallführung.

Im Prozess der Entwicklung einer gemeinsamen Vision wurde das deutlich, was Senge (s. o.) betont. Die Gruppe und ihre Mitglieder waren außerordentlich interessiert an einer gemeinsamen Zielfindung, die sie emotional ansprach, das heißt, die ihr Identifikationsbedürfnis mit der Organisation unterstützte. Begriffe wie Sinn, Beziehung, gutes Gewissen und gutes Gefühl fielen. Damit ist die intrinsische, endogene Bedeutung der Visionsentwicklung angesprochen, die über die Zweckrationalität des Anpassungslernens und über die Setzung sekundärer organisatorischer Ziele hinausgeht.

Gleichzeitig zeigten sich in diesem Prozess auch eine Reihe von Abwehrmechanismen, die darauf zielten, die bisherigen Handlungstheorien aufrechtzuerhalten. Hier handelte es sich um das Phänomen des organisationalen Gedächtnis, welches aufbaut auf Beschreibungen von Abläufen und Prozessen, Gewohnheiten, Symbolen, Traditionen, Mythen, Sozialarrangements sowie auf Normen und Werten (vgl. Faulstich 1998, 167).

Eine gemeinsame Vision und Zielsetzung impliziert neben der Freude auf und über ein gemeinsames Ziel und eine Sinngebung auch ein Abschiednehmen von liebgewordenen Vorstellungen, Abläufen und Legenden. „Menschen wehren sich nicht gegen Veränderungen, sie wehren sich dagegen, verändert zu werden“ (Senge 1996, 191).

Das Aushalten der kreativen Spannung und der Einsatz dieses Spannungsfeldes zur Zielerreichung fordern einen Umdenkungsprozess heraus.

Versteht das Konzept der Lernenden Organisation den Ist-Zustand als Verbündeten auf dem Weg zum Ziel, also als Ressource, die trotz ihrer augenscheinlichen Defizite nutzbar gemacht werden kann, so wird im herkömmlichen Verständnis der Ist-Zustand vor allem als defizitär verstanden. Solche Defizitorientiertheit verschließt den Blick auf ungewöhnliche Perspektiven und hemmt kreative Prozesse.

14.2.3 Teamlernen

In der betrieblichen Weiterbildung kam zusätzlich zum *Lernen in der Organisation* – als Inhouse-Weiterbildung, vor Ort in den Räumen der Organisation, mit MitarbeiterInnen, an einer konkreten, die Praxis betreffenden Thematik – und *für die Organisation* – als Modernisierungselement und Anpassungsprozess ausgerichtet auf die mittlere Führungsebene – das *Lernen mit der Organisation* – durch Teamlernen.

Das bedeutet, dass sich die Organisation mit der Initiierung von Veränderungsprozessen in der Handlungstheorie der Organisation und in konkreten Arbeitsabläufen auf allen Ebenen und Abteilungen in einen kommunikativen Lernprozess begab. Gerade dieser Prozess ist ein zentrales Element von Lernender Organisation. Jede/r Einzelne lernt im Kollektiv und das Kollektiv profitiert von den Lernerfahrungen und -ergebnissen der/s Einzelnen.

Die drei Lernniveaus nach Argyris wurden in der betrieblichen Weiterbildung in Case Management aktiv mit unterschiedlicher Gewichtung eingesetzt.

Faulstich konkretisiert und übersetzt die Stufen folgendermaßen:

Single loop-learning als ein *Anpassungslernen,* Double loop learning beinhaltet *Erschließungslernen*. Deutero Learning meint *Lernenlernen* (vgl. Faulstich 1998, 165).

Auf der Stufe des *Anpassungslernens* wurden die Instrumente der Fallführung im Ist-Soll-Vergleich entwickelt. Das fand in kontinuierlichen Arbeitsgruppen statt. Das Kontinuum der Gruppenmitglieder über einen Zeitraum von elf Monaten führte zu einer verantwortlichen Teamstruktur und ließ selbstorganisierte Lernschritte bis hin zur konkreten Konstruktion von Arbeitsinstrumenten wachsen.

Methodisch haben sich auf dieser Stufe Teamarbeit und kollegiale Beratung bewährt.

Im *Erschließungslernen* wurde sich mit dem Organisationsziel in Hinsicht auf veränderte Rahmenbedingungen gesetzlicher, finanzieller als auch soziokultureller Art beschäftigt. Die eigene pädagogische Grundhaltung wurde reflektiert in Hinsicht auf die Haltung zur Klientel. Empowerment, Ressourcenorientiertheit und Partizipation als Grundhaltungen von Case Management wurden beleuchtet und im Kontext der Organisation und ihrer Strukturen und Abläufe diskutiert. Fragen nach gelebter Kundenfreundlichkeit wurden gestellt und praxistaugliche Perspektiven entwickelt. Gerade an dieser Stelle wurde deutlich, dass das Lernen, die Lust und der Lernwille, nicht als eine von außen erforderte Notwendigkeit und Anpassung erlebt wurden,

sondern dass es sich bei den TeilnehmerInnen um einen intrinsischen Vorgang handelte. Der Wunsch zu lernen war nicht ausgelöst durch Krisen und Defizite, sondern aus dem Interesse, die Bindung und Sinngebung des alltäglichen beruflichen Tuns zu intensivieren. Auf dieser Stufe bewährten sich methodisch Szenario Gruppen, Rollenspiele und Zukunftswerkstätten.

Auf der Ebene des *Lernenlernens* ging es vor allem darum, die Ressourcen der Mitarbeiterschaft auf allen Ebenen und in allen Abteilungen und Bereichen zu ermitteln und zu nutzen. Kommunikation stand hier im Vordergrund. Bereichsübergreifende Teams, kollegiale Beratung, Multiplikation der Diskurse der Weiterbildung in die Gesamtorganisation und Einbeziehung der geschäftsführenden Ebene waren die methodischen Instrumente, mit denen das Lernen nicht mehr nur ein Gegenstand der TeilnehmerInnengruppe der Weiterbildung als ExpertInnen war, sondern die gesamte Organisation betraf.

So wurde aus Anpassungslernen Lernenlernen.

14.2.4 Phasen des Gruppenlernens

Die idealtypischen Phasen des praxisnahen Teamlernens, nämlich Erfahrungsaustausch, Beobachtung und Ist-Analyse, Strategieentwicklung und Experimentieren, modellhaftes Konstruieren ließen sich in der Weiterbildung besonders in den selbstorganisierten Lerngruppen wieder finden. Die Gruppen beschäftigten sich mit der praxisnahen Problembewältigung und der Entwicklung von Handlungsgrundlagen und gingen dabei explorativ, diskursiv und praktisch an die Problemlösung heran.

Zu Beginn der Gruppenarbeiten ging es vorrangig um Erfahrungsaustausch und gegenseitiges Kennenlernen der jeweiligen Arbeitsplätze, Arbeitsabläufe und Handlungstheorien. Der Austausch über individuelle gesammelte Erfahrungen animierte die einzelnen Gruppenmitglieder, Perspektivwechsel zu wagen und damit eine erweiterte Sichtweise zu erlangen.

Im zweiten Schritt war Beobachtung als zielgerichtete Wahrnehmung das Instrument, Ist-Zustände systematisch und für alle Gruppenmitglieder konsensfähig zu beschreiben und daraus neue Ideen, Zielkorrekturen und dahinführende Strategien zu erarbeiten.

Darauf folgte die Experimentierphase, in der die Gruppe gewissermaßen in Laborsituationen realitätsnahe Strategien, Methoden und Arbeitsweisen experimentell entwickelte und erprobte, ohne unter direkten Umsetzungszwang und Erfolgsdruck zu stehen.

Im letzten Schritt wurden die Gruppenergebnisse aus den Erfahrungen, reflektierten Beobachtungen und Experimenten zu konkreten handlungsleitenden Modellen zusammengefasst. In dieser Phase wurde aus dem Gruppenlernen ein aktives Gruppenhandeln, das direkt in der Organisation wirkte. Die Gruppe hatte sich Potenziale und Problemlösungsstrategien angeeignet, die nunmehr aus dem experimentellen Rahmen in die Handlungsebene der Organisation eingehen konnten.

14.2.5 Interdisziplinarität

In der Weiterbildung trafen Mitarbeiter aus unterschiedlichen Berufsgruppen aufeinander, die in Zukunft als Case Manager tätig werden sollten. Zu den Kompetenzen von Case Managern gehört unabdinglich die Kenntnis der Arbeitsabläufe der Organisation und ihrer Dienstleistungsangebote (vgl. Löcherbach 2003, 218 ff.).

Die abteilungs- und berufsübergreifende Zusammensetzung der Gruppe erforderte einen intensiven Austausch, um den gegenseitigen Stand des Wissens und die jeweils leitenden Handlungstheorien zu ermitteln. Gerade dieser Austausch beinhaltete die Chance zu interdisziplinären Lernen und zur Aktivierung der vielfältigen Ressourcen des Teamlernens.

Allerdings mussten, bevor diese Chancen aktiv genutzt werden konnten, Hemmnisse und Widerstände abgebaut werden. Berufsgruppen haben möglicherweise einen jeweils unterschiedlichen Berufsethos, divergierende Zielsetzungen und Vorstellungen darüber, wann Pädagogik gelungen ist (vgl. Bourdieu 1982, 277 ff.). Wenn eine Organisation über Jahrzehnte einen vertikalen Aufbau in eher autarken Abteilungen gelebt hat, in der wenig Kommunikation der Abteilungen miteinander praktiziert wurde, ist es anfangs ungewohnt, wenn mit der Einführung von Case Management geordnete horizontale, abteilungsübergreifende, die Kooperation der Abteilungen koordinierende Strukturen geschaffen werden. Gleichwohl war es eine unumgängliche Notwendigkeit, die Sprache der jeweils anderen Berufsgruppe zu verstehen bzw. ein Verständnis dafür zu entwickeln. „Aha-Effekte" waren gerade in den ersten Modulen der Weiterbildung an der Tagesordnung.

Besonders bewährt hat sich, dass die selbstorganisierten Arbeitsgruppen, die den Praxistransfer mit Beginn über den gesamten Zeitraum der Weiterbildung zur Aufgabe hatten, disziplinübergreifend zusammengesetzt waren. Jede Arbeitsgruppe war mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus Ausbildung, Wohnbereich und Sozialpädagogik besetzt. So wurden über diese Arbeitsgruppen und dem darin stattfindenden Teamlernen bereits Netzwerke in der Organisation geschaffen.

Die Verständigung und Annäherung der Berufsgruppen war ein entscheidender Aspekt der gesamten Weiterbildung. Fremdheiten wurden abgebaut und das Zusammenwachsen, das gegenseitige Kennenlernen, die gegenseitige Akzeptanz und das Verstehen von bis dato fremden, scheinbar unsinnigen Vorstellungen und Handlungen wurde aufgebaut. Das gegenseitige Verstehen war Voraussetzung für die Entwicklung gemeinsamer Ziele und daraus sinnvoll erscheinender Ablaufstrukturen. Es bildeten sich Konturen einer neuen Form von professionellem Handeln, die nun von den beteiligten Berufsgruppen Stück für Stück realisiert wird (vgl. Reis 2005, 14). Aus den Rückmeldungen der Teilnehmer wurde deutlich, dass gerade dieser Effekt für sie ein wesentliches und positives Ergebnis der Weiterbildung war, aus dem sie für ihren Arbeitsalltag und Identifikation mit der Organisation besonders profitierten.

14.2.6 Multiplikation

Die Beteiligung der wesentlichen Berufsgruppen und Abteilungen der Organisation an der Weiterbildung brachte ebenfalls mit sich, dass die Essentials von Case Management in der Gesamtorganisation diskutiert wurden. Mit der Praxisnähe in der Weiterbildung, dem Prozess des Experimentierens und des Austausches über die Abteilungen und Arbeitsbereiche hinaus wurde eine breite Diskussion in der Gesamtorganisation in Gang gesetzt.

Die Gesamtorganisation war auf allen Ebenen mehr oder weniger beteiligt. Dieser Vorgang war nicht bewusst geplant und gesteuert, sondern ein Nebeneffekt, der sich aus der praxisnahen Arbeitsweise in der Weiterbildung ergab. Die TeilnehmerInnen der Weiterbildung rekrutierten sich aus der mittleren Führungsebene der drei Hauptbereiche und diskutierten während der Lernphasen mit ihren MitarbeiterInnen in den jeweiligen Arbeitszusammenhängen bisherige Arbeitsweisen und Zukunftsvisionen und Strategien. Diese Diskussionen waren eher informell und nicht in allen Bereichen gleich stark. Die Multiplikation des Expertenwissens der an der Weiterbildung teilnehmenden Organisationsmitglieder in die Arbeitsbereiche und Teams war somit ungeregelt. Es handelte sich eher um einen Schneeballeffekt, der die Organisation in Bewegung brachte. Bei Senge heißt es dazu „Wenn Teams lernen, werden sie zu einem Mikrokosmos für das Lernen in der gesamten Organisation“ (Senge 1996, 287). Die zielgerichtete Nutzung dieses eher beiläufigen Schneeballeffektes in Richtung einer gesteuerten planvollen Multiplikation birgt katalysatorische Effekte in Hinsicht Lernender Organisation. Hier stellt die sich Frage nach Steuerungselementen bei der Einführung von Case Management als zentraler Handlungsweise.

14.2.7 Kollegiale Beratung

Als Instrument zur Entwicklung der gegenseitigen Akzeptanz und Problemlösung hat sich die Methode der Kollegialen Beratung bewährt.

Kollegiale Beratung ist gerade für Lernende Organisationen ein besonders geeignetes setting. Zum einen, weil hier die Ressourcen aller Mitarbeiter gefragt sind, zum anderen weil auch hier die Selbstorganisation im Zentrum steht. Kollegiale Beratung ist ein Instrument, das auf Augenhöhe, Partizipation und Demokratie ausgerichtet ist und das in seiner Strukturiertheit lösungsorientierte Kommunikation ermöglicht.

In der Kollegialen Beratung tun sich KollegInnen ohne externe Leitung zusammen. Ein Gruppenmitglied schildert einen Fall oder ein Problem und die anderen Gruppenmitglieder beraten aus ihrem Erfahrungshintergrund und ihrer jeweiligen Kompetenz. Dieser Beratungsprozess ist in Phasen gegliedert, die ein Gruppenmitglied moderiert. Es handelt sich um ein systematisches und lösungsorientiertes Vorgehen, das die Ressourcen und Potenziale des Teams aktiv nutzt.

Kollegiale Beratung eignet sich besonders für Fallbesprechungen und ist im Case Management indiziert. In modifizierter Form kann Kollegiale Beratung auch zur Strukturierung und Zielorientierung von Arbeitsgruppenprozessen angewendet werden.

Während eines Kollegialen Beratungsprozesses bieten sich eine Reihe von Instrumenten an, die die Kreativität der Gruppenmitglieder stimulieren. So eignen sich Visualisierungen wie Kartenabfrage, mindmapping, dreidimensionale Darstellungen wie z. B. Skulpturen. Reframing und andere Ansätze lösungsorientierter Gesprächstechniken lassen sich ebenfalls gut nutzen.

Aus dieser Aufzählung der methodischen Werkzeuge wird deutlich, dass sich die Teams, die Kollegiale Beratung in ihrer Arbeit integrieren wollen, eben diese Techniken aneignen müssen. Das setzt Fortbildung und Anleitung voraus. Die ersten Male bei der Einführung von Kollegialer Beratung sollten deshalb fachlich begleitet werden.

Die Implementierung von Kollegialer Beratung führt zu einer Verbesserung der Besprechungskultur von Organisationen, zum einen in Hinblick auf Partizipation, zum anderen in Hinblick auf die Lösung konkreter organisationaler Probleme (vgl. Mutzeck / Schlee 1996).

14.2.8 Teilhabe und Transparenz

Gelebte Partizipation setzt voraus, dass die Strukturen der Organisation in ihren Arbeitsabläufen und Entscheidungswegen für die Organisationsmitglieder transparent sind. Auf dieser Grundlage ist die Entwicklung systemischen Denkens bei den Mitgliedern der Organisation möglich. Das Wissen um Abläufe, Arbeitsprozesse und gegenseitige Abhängigkeiten steigert die Verantwortung, Frustrationstoleranz und Identifikation mit der Organisation. Auch der Prozess der gemeinsamen Entwicklung einer gemeinsamen Vision erfordert Transparenz und die Möglichkeit zu Partizipation. Partizipation ermöglichen meint hier neben der Grundhaltung ein konkretes, aktives professionelles Handeln auf allen Organisationsebenen.

In Rahmen der Qualifikation von MitarbeiterInnen zu Case ManagerInnen mit der Absicht, dass diese Case Management aktiv in der Organisation als Handlungsweise einführen, waren Transparenz in Hinsicht auf das Wissen um Prozesse, Grenzen, gesetzliche Rahmenbedingungen, Netzwerke in- und außerhalb der Organisation u. v. m. notwendig.

Der Arbeitsbereich von Case ManagerInnen erfordert Initiative und Eigenverantwortlichkeit. Dazu sind nach Reis folgende Bedingungen erforderlich:

- Der Gestaltungs- und Entscheidungsspielraum der Case Manager muss organisationsintern in klar definierten Entscheidungskompetenzen beschrieben werden.
- Der Autonomiegewinn der Case Manager muss flankiert werden durch Weiterbildung in Bezug auf die Handlungskompetenzen, Gesprächsführung, Kollegiale Beratung, Moderation und ggf. Supervision.
- Eine konkrete Ausgestaltung der Partizipationsmöglichkeiten muss eingeräumt werden wie z.B. Qualitätszirkel, eine Verbindung zwischen den zukünftigen Case Managern und der obersten Steuerungsebene muss kontinuierlich als Arbeitseinheit gepflegt werden.
- Je interessierter die Leitungsebene an der Etablierung der neuen Strukturen, umso ertragreicher ist die Handlungsautonomie der Case Manager für die Gesamtorganisation. (vgl. Reis 2005, 17)

- Partizipation als Teil der Organisationskultur muss gewollt sein. Dazu müssen geeignete Strukturen geschaffen werden, die die Organisationsmitglieder zu aktiver Beteiligung im konkreten Organisationsalltag ermuntern und so Partizipation ermöglichen.

14.3 Elemente von Komplementarität und Referenz

Im Konzept Lernende Organisation finden sich idealtypisch komplementäre Elemente zum Konzept Case Management in Hinsicht auf die Grundlagen Partizipation, Empowerment und Ressourcenorientierung.

Case Management versteht sich als ein Handlungsansatz zur Steuerung von passgenauen Hilfen für die Klienten. Partizipation, Empowerment und Ressourcenorientierung sind die grundsätzliche Basis. Case Management beinhaltet eine strukturierte, nachprüfbare und lösungsorientierte Ablauforganisation im individuellen Hilfeprozess auf der Fallebene und für Aufbau, Pflege und Weiterentwicklung von vernetzten Angebotsstrukturen auf der Systemebene im Innern der Organisation als auch mit anderen externen Dienstleistern oder informellen Strukturen.

Somit erfordert Case-Management-Kompetenz Reflektionsvermögen über die Arbeitsabläufe, Strukturiertheit im Denken, Offenheit gegenüber der Klientel und deren Lebenswelten, Offenheit gegenüber den Netzwerkpartnern und damit ein hohes Maß an kommunikativer Kompetenz und Überblick (vgl. Löcherbach 2003, 218 ff).

14.3.1 Partizipation

Die Partizipation der Klientel bei der Erfassung des Hilfebedarfs und der Entwicklung des Hilfeplans, der Implementierung und der Überprüfung der Umsetzung und Wirksamkeit der Hilfen ist ein zentraler Bestandteil von Case Management. Klientenbeteiligung ist in sozialpädagogischen und pflegerischen Konzepten zwar weit verbreitet, bereitet jedoch in der Praxis Schwierigkeiten. Ein eher fürsorgliches, behütendes und paternalistisches Pädagogikverständnis muss revidiert werden. Partizipation beinhaltet ein Ich-Du Verhältnis im Sinne von Subjekt-Subjekt-Beziehung in der kommunikativen Grundhaltung, ohne die Asymmetrie des Machtverhältnisses zwischen Helfenden und Hilfesuchenden zu leugnen (vgl. Kupffer 1971, 36ff.). Diesem strukturellen Ungleichgewicht gilt es, durch Haltungen als auch geregelten Abläufen von Partizipation entgegenzuwirken.

Case Manager verstehen sich dabei weniger als Pädagogen und Experten für Lebensführung als vielmehr als Moderatoren und Lotsen im Dienste der Klientel bei der Gestaltung deren Lebensvorstellungen. Damit wäre die Klientel Experten ihrer jeweiligen Lebenssituation (vgl. Wendt 2005, 60). Das klingt verlockend und humanistisch, doch auch ein bisschen weltfremd, wenn man sich vergegenwärtigt, dass gerade im Bereich der Koordinierung von Hilfen für Menschen mit schweren Behinderungen, dieses Expertentum der Klientel für professionelle Helfer schwer antizipierbar ist.

Case Management liefert ein System von Partizipation in der Fallführung, in das notwendigerweise die KlientInnen einbezogen werden müssen. Dadurch konstituiert sich über diesen formalen Weg der Ablauforganisation Partizipation als Grundverständnis und übt sich Schritt für Schritt als selbstverständliches Prozedere ein. Ist die aktive Klientenbeteiligung fester Bestandteil der Fallführung, verändert sich die Wahrnehmung und aktuelle Lebenswelt von Helfenden und Klientel täglich (Maegli 2005, 95). Ein praktischer Wandel von Organisation, Mitarbeitern und Klienten setzt ein und ein Grundelement Lernender Organisation findet statt.

14.3.2 Empowerment

Empowerment bezeichnet im Sinne von Selbstbefähigung die Förderung der Klienten zu selbst bestimmten Handeln durch Ermutigung, Informationsvermittlung, Beratung und Unterstützung (vgl. Klug 2003, 44). Der Ansatz von Empowerment wirkt mit partizipativen Strategien aktiv gegen erlernte Hilf- und Mutlosigkeit und beabsichtigt die Rückgewinnung eines subjektiven Gefühls von Kontrolle über das eigene Leben.

Case Management legt ein besonderes Gewicht auf ein aktiv praktiziertes Kontraktmanagement. In diesem System des Aus- und Verhandelns einer gemeinsam akzeptierten Problemlösungsstrategie werden Klienten als Experten ihrer Selbst gesehen. In diesem Prozess begleiten Case Manager, stecken Grenzen ab, geben Alternativen zu bedenken, regen an, informieren und prüfen die Resultate gemeinsam mit der Klientel.

Kann man Partizipation nur als bloße Anwesenheit der Klienten an Sitzungen verstehen, so geht Empowerment paradigmatisch mit der Wahrnehmung der Klientel als Experten ihrer Selbst deutlich darüber hinaus. Es handelt sich um eine Wertschätzung, die mehr ist als reine Freundlichkeit und Kundenorientierung. Möglicherweise werden Case Manager mit ungewöhnlichen Lebensentwürfen, Problemdefinitionen und Problemlösungsstrategien der Klientel konfrontiert, die zu akzeptieren, ein hohes Maß an professioneller Sicherheit und Distanz erfordern.

In der Praxis neigen Fachkräfte mitunter dazu, das Potenzial an Selbsthilfe bei den Klienten und deren Netzwerken zu unterschätzen. Den Paradigmenwechsel zu Empowerment in die Realität zu transportieren und mit geeigneten Unterstützungsmaßnahmen zu flankieren, fällt ähnlich schwer wie auch die Anteile von Empowerment im Konzept der Lernenden Organisation zu praktizieren. Personal mastery und kreative Spannung basieren auf Empowerment. Eine Organisation, die personal mastery nicht nur duldet, sondern wünscht und ermöglicht, bietet ein komplementäres Referenzmodell zu praktiziertem Case Management. Ebenso erfordert Empowerment gegenüber der Klientel eine Organisationskultur, die möglicherweise eher ungewöhnliche Problemlösungsstrategien akzeptiert und den kreativen Spielraum im Rahmen des Kontraktmanagement ermöglicht.

14.3.3 Ressourcenorientierung

Ressourcenorientierung bezeichnet im Gegensatz zu Defizitorientierung die vorrangige Beachtung der Gesamtheit der vorhandenen Fähigkeiten und Fertigkeiten von Klienten und ihrer Lebenswelt mit dem Ziel, diese im Rahmen der Problemlösung zu nutzen und ggf. auszubauen (vgl. Wendt 2005 7). Im Case Management werden sowohl die personalen und sozialen Ressourcen der Klientel und ihrer jeweiligen Umfelder ebenso erwogen wie auch die Ressourcen, die die Versorgungssysteme mit einbringen.

Obwohl im sozialpädagogischen als auch im pflegerischen Kontext der Ressourcenansatz längst konzeptionell verankert ist, tut sich die Praxis schwer mit diesem Perspektivwechsel weg von der Frage „was fehlt?“ hin zur der Frage, „was haben wir schon?“. Das ist insofern nachvollziehbar, als Hilfesuchende Hilfe brauchen, die außerhalb ihrer selbst zu liegen scheint, also nicht mit all der Autonomie, Kontrolle und Macht ausgestattet sind, was die Gestaltung ihres Lebens bzw. der sozialen Teilhabe betrifft.

Es fallen also im Hilfeprozess zwischen ungleichen Partnern (vgl. Kupffer 1971) als erstes die Defizite ins Auge und es erfordert ein hohes Maß an Kreativität, Mut und Fähigkeit, „die Dinge gegen den Strich zu bürsten“, sie z. B. in einen anderen Kontext zu stellen (reframing), um als „normalgesunde/r Pädagoge/in“ gemeinsam mit einem Menschen mit schweren Behinderungen dessen Ressourcen aufzuspüren. Das gelingt nur jenseits standardisierter Vorstellungen und erfordert kreative Prozesse.

Die Reflektion grundsätzlicher Elemente von Case Management in ihren ethischen Implikationen ist umso erforderlicher, damit sich Case Management nicht auf ein methodisches Gerüst der Fallführung und Kontrolle reduziert.

So sind im Assessment, das einen Überblick über die Leistungsfähigkeit des Hilfesuchenden gibt, und ebenfalls in den Zielvereinbarungen Kontrollhaltepunkte eingebaut. Diese Kontrolle ist gewollt, als daran gemeinsam die Zielerreichung abgelesen wird. Wird Kontrolle aber lediglich als Dokumentationsmittel für Kostenträger genutzt, was sie durchaus auch sein soll und kann, sind die Elemente Ressourcenorientierung, Lotsenfunktion, Brokerfunktion, Empowerment und Partizipation gekappt und Case Management reduziert sich auf ein Gerüst strukturierter Prozesse und Methoden. Wenn das der Fall ist, wird lediglich Ablauforganisation effizienter und effektiver, während die Vision von Fördern und Fordern und Partnerschaftlichkeit ins Leere laufen. Im Sinne von Lernender Organisation ginge es dann lediglich um die Verfolgung von Sekundärzielen und um zeitlich begrenztes Verbesserungslernen.

Es ist umso erstaunlicher, dass Case Management, das sich durch ein besonders strukturiertes Instrumentarium mit festen Verfahren und Phasen auszeichnet, gerade diese Kreativität sowohl im Assessment wie auch in der Hilfeplanung fördert und fordert. Senge beschreibt, wie die Überzeugung der eigenen Wertlosigkeit individuell oder als Organisation kreative Spannung verhindert (vgl. Senge 1996, 184 ff.). Dieser Vorgang lässt sich gleichermaßen auf den Prozess der Entwicklung von gemeinsamen Problemlösungsstrategien im Case Management übertragen. So finden sich auch in Hinsicht auf Ressourcenorientierung Parallelen zu Elementen des Konzeptes Lernender Organisation, wenn z. B. das Teamlernen, personal mastery der Mitarbeiterschaft und Eigenverantwortlichkeit als zentrale Ressource und Potential für die Entwicklung der Organisation gesehen wird.

14.4 Resümee

Die Konzepte Case Management und Lernende Organisation ergänzen sich durch Referenzen, die sich positiv aufeinander beziehen und Wechselwirkungen ermöglichen. Sie erfordern und basieren auf systemischer Sichtweise, Partizipation, Emanzipation und commitment.

Ein wesentlich förderliches Moment für die Einführung von Case Management liegt in der Nutzung der kreativen Spannung im Veränderungsprozess. Gerade dieses Element des Modells Lernende Organisation baut auf die Ressourcen der Organisationsmitglieder und den Erfahrungsschatz der Organisation. Kreative Spannung aufzubauen, zu nutzen und auszuhalten erfordert ihrerseits eine Organisationskultur, die sich traut und zumutet,

- den Prozess der gemeinsamen Entwicklung einer Vision zu beschreiten,
- mentale Modelle freizulegen und zu überprüfen,
- organisationale Abläufe transparent zu machen,
- die Fähigkeit zu systemischem Denken zu entwickeln,
- personal mastery zu fördern.

Ansätze dieser Grundhaltungen fanden sich in organisationalen Umfeld der betrieblichen Weiterbildung und gaben Impulse für die Konkretion von Case Management und seiner organisationalen Implementierung.

Eine besondere Chance liegt in der bewussten und gezielten Steuerung der oben genannten Schneeballeffekte von betrieblichen Weiterbildungen im Rahmen von Organisationsentwicklung. Ausgehend von dem Mikrokosmos der Lerngruppe mit ihren praxisnahen Lerninhalten ist es idealerweise günstig, die dort bearbeiteten Themen und Prozesse zielgerichtet gesteuert in die gesamte Organisation weiterzuleiten. Die Lerngruppe hätte dann die Funktion einer Kernzelle, die ihre Diskurse, Erfahrungen und Anregungen in geordneter Form an die Gesamtorganisation weitergibt. Dazu müssen Strukturen entwickelt werden, die diesen produktiven Austausch ermöglichen und den Prozess steuernd begleiten. So wäre eine Verzahnung von Theorie und Praxis gewährleistet und die Ressourcen der Mitglieder der gesamten Organisation wären miteinbezogen.

Denkbar wäre in einem der ersten Schritte parallel zu und ausgehend von der Weiterbildung in Case Management die Einführung des Instruments Kollegiale Beratung als Methode der Wahl für Fallbesprechungen in allen Einheiten der Organisation. Kollegiale Beratung ist ein zentrales Instrument bei der Hilfeplanung in Rahmen von Case Management und kann in der Gesamtorganisation in der Fallarbeit genutzt werden, lange bevor Case Management systematisch implementiert ist. So begibt sich die Gesamtorganisation in einen Lern- und Veränderungsprozess, hier im Bereich der Gesprächskultur.

Gerade die Kommunikation auf Augenhöhe ist ein förderlicher Faktor. Auf der Basis des wechselseitigen Vertrauens kann eine partnerschaftliche Kultur entstehen, die den kreativen Austausch der Organisationsmitglieder unterstützt und aktive Beteiligung steigert. Der Austausch auf Augenhöhe muss strukturell verankert werden z.B. im Besprechungswesen, Qualitätszirkeln

und Steuerungsgruppen und zusätzlich flankiert werden durch qualifizierende Maßnahmen für die Mitarbeiterschaft. (vgl. Reis 2005, 16).

Eine betriebliche Weiterbildung in Case Management kann aktiv als Impuls genutzt werden für den Umbau zu einer lernenden Organisation, die das kreative Potenzial ihrer Mitarbeiterschaft nutzt und mit diesem Schatz nicht nur reaktiv auf die Anforderungen von Außen antwortet, sondern aktiv gestaltet. Gleichzeitig enthält das Konzept der Lernenden Organisation wertvolle Elemente, die bei der Einführung von Case Management in Rahmen von Organisationsentwicklung sozialer Institutionen von Bedeutung sein können.

Literatur

ARGYRIS, C. / SCHÖN, D. 1978: Organizational Learning, A Theorie of Action Perspective, Reading, MA.

BOURDIEU, P. 1982: Die feinen Unterschiede, Frankfurt am Main.

FAULSTICH, P. 1998: Strategien betrieblicher Weiterbildung, Kompetenz und Organisation, München.

KLUG, W. 2003: Case Management im US-amerikanischen Kontext: Anmerkungen zur Bilanz und Folgerungen für die deutsche Sozialarbeit, in : LÖCHERBACH, P. ET AL. 2003: Case Management, Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit, München.

KUPFFER, H. 1971: Partner im Erziehungsfeld. Versuch einer kritischen Pädagogik, Wuppertal, Ratingen, Kastellaun .

LÖCHERBACH, P. ET AL. (Hrsg.) 2003: Case Management, Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit, München.

MUTZECK, W. / SCHLEE, J. (Hrsg.) 1996: Kollegiale Supervision, Heidelberg.

MAEGLI, R. 2005: Case Management in der Sozialhilfe Basel, in: Case Management 2/2005, Heidelberg. 93-97.

REIS, C. 2005: Welche Wirkungen hat Fallmanagement? in: Case Management 1/2005, Heidelberg. 10-18.

SENGE, P. M. 1996: Die fünfte Disziplin, Stuttgart.

WENDT, R. R. 1997: Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen, Freiburg i. B.

WENDT, R. R. 2005: Die generelle Rolle und Bedeutung von Case Management in Humandiensten, in: Case Management 1/2005, Heidelberg. 4-9.

Autorin

Annette Höcker, Soziologin M.A. und Diplom Pädagogin, leitet des Qualifizierungszentrum für Führung und Management im Institut für berufliche Aus- und Fortbildung (IBAF) in Kiel. Das IBAF führt seit 1985 Weiterbildung in Case-Management durch und ist Mitglied in der Deutschen Gesellschaft für Care- und Case-Management. E-Mail: annette.hoecker@ibaf.de.

Birgit Wartenpfuhl

15 Der Nutzen der systemischen Denkfigur in der Organisationsentwicklung gemeinsamer Assessmentverfahren im Prozess des Case Managements

„Nicht Angebot, Methode, Disziplin und Einrichtung stehen im Zentrum, sondern Klienten/ Klientinnen und ihre Anliegen“ (Riet / Wouters 2002, 35). So formulieren Nora Riet und Harry Wouters einen zentralen Grundsatz des Case Managements. Das bedeutet, nicht die Probleme der KlientInnen haben sich der Angebotsstruktur der sozialen Dienstleistungserbringer anzupassen, sondern die Angebotsstruktur an die Probleme und Anliegen der KlientInnen. Damit ist eine zentrale Aufgabe des Case Managements als Systemmanagement und Systemsteuerung angesprochen. Systemmanagement kann nach Pantucek (2007) als eine „Form der Organisation Sozialer Arbeit“ verstanden werden, als eine Form des spezifischen Herangehens an Soziale Probleme. Case Management als Systemmanagement heißt, „Sozialarbeit auf Politikebene und auf Organisationsebene zu betreiben“ (Pantucek 2007, 8). Wenn das Case Management in der Sozialen Arbeit gerade den „schwierigen Fällen“ vorbehalten sein soll, also den Fällen mit multidimensionalen Problemlagen, denen das Sozialsystem oft nur wenig passende Hilfe bietet, bedeutet die Einführung des Systemmanagements in der Konsequenz, dass die Organisationen und die politischen Instanzen herausgefordert sind, soziale Hilfen und Versorgungsstrukturen (einschließlich ihrer Finanzierung) so auszurichten und zu generieren, dass man die gewünschte Zielgruppe erreicht und dass man sie so erreicht, dass es auch hilft (vgl. ebd., 9). Die Generierung neuer Angebote, die Vernetzung der sozialen Hilfen und Organisationen, die Schaffung neuer Strukturen, letztlich die Optimierung des Versorgungssystems im Hinblick auf die Anliegen und Bedürfnisse der Klientinnen sind das, was mit dem Begriff der Systemsteuerung im Case Management umschrieben wird (vgl. zusammenfassend Faß 2006).

Mit dem Anspruch, klientInnen- und bedürfnisorientierte Angebote und Vernetzungsmöglichkeiten zu schaffen, steht das Case Management in der sozialarbeiterischen Tradition, ihre professionellen Bemühungen an den Anliegen und Bedürfnissen der KlientInnen auszurichten. Das Case Management beinhaltet die Chance, diesen Anspruch einzulösen und den „Menschen wieder als Ausgangs- und Zielpunkt aller Bemühungen ins Zentrum [zu] stellen und nicht die Wirtschaftlichkeit“ (Mennemann 2006, 12). Die nachfolgenden Ausführungen möchten hierzu einen Beitrag liefern, in dem dargestellt wird, wie eine Verknüpfung der Fall- und Systemebene im Case Management gestaltet werden kann, als Voraussetzung für eine gelingende Umsetzung des Case Managements in die Praxis Sozialer Arbeit. Der Schwerpunkt des Beitrages liegt in der Entwicklung eines gemeinsamen, professionsübergreifenden Assessmentverfahrens im Netz-

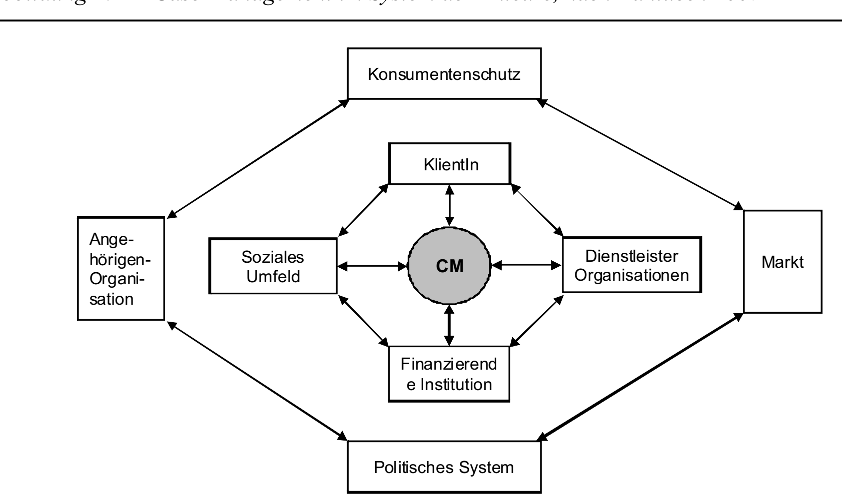
werk verschiedener Dienstleistungsanbieter, das am Beispiel der systemischen Denkfigur dargelegt werden soll. Hierbei handelt es sich im weiteren Sinn um einen Beitrag zur Organisationsentwicklung sozialer Dienstleistungsanbieter, denn mit einer Vernetzung der Dienstleistungsangebote geht zwangsläufig eine Veränderung der Organisationsstrukturen einher.

15.1 Zur Verknüpfung der Fall- und Systemebene im Case Management

Systemmanagement und Systemsteuerung bilden die Makroebene innerhalb des Case Managements. Die Mikroebene beinhaltet das Fallmanagement und die Fallsteuerung als Unterstützungsprozess im Einzelfall mit seinem strukturierten Phasenverlauf der Fallaufnahme, Bedarfsklärung (Assessment), Hilfeplanung, Durchführung und Begleitung bei der Leistungserbringung (Steuerung) und der Evaluation und Dokumentation. Erst die funktionale Verknüpfung dieser beiden Ebenen macht Case Management zu dem, was es ist und stellt das eigentlich Neue dieses Ansatzes dar. Die Einführung des Case Managements mit all seinen Dimensionen bedeutet und verlangt, so Wolf Rainer Wendt, „eine Systemveränderung; erfolgt sie nicht, setzt sich das Case Management nicht durch“ (Wendt 2003, 13). Eine systematische und erfolgreiche Anwendung des Case Managements ist nicht von einem einzelnen Case Manager zu realisieren. Sie ist an mehrere Voraussetzungen gebunden. Es benötigt ein Setting, so Pantucek, in dem Case Management funktionieren kann, und dieses Setting beinhaltet eine Reihe von Bestandteilen und Akteuren, die richtig angeordnet sein müssen (Pantucek 2007, 7).

Abbildung 1 zeigt das Case Management im und als System und verdeutlicht, dass die Einführung und Anwendung des Case Managements weder eine Entscheidung eines Einzelnen sein

Abbildung 1: Case Management im System der Akteure, nach Pantucek 2007

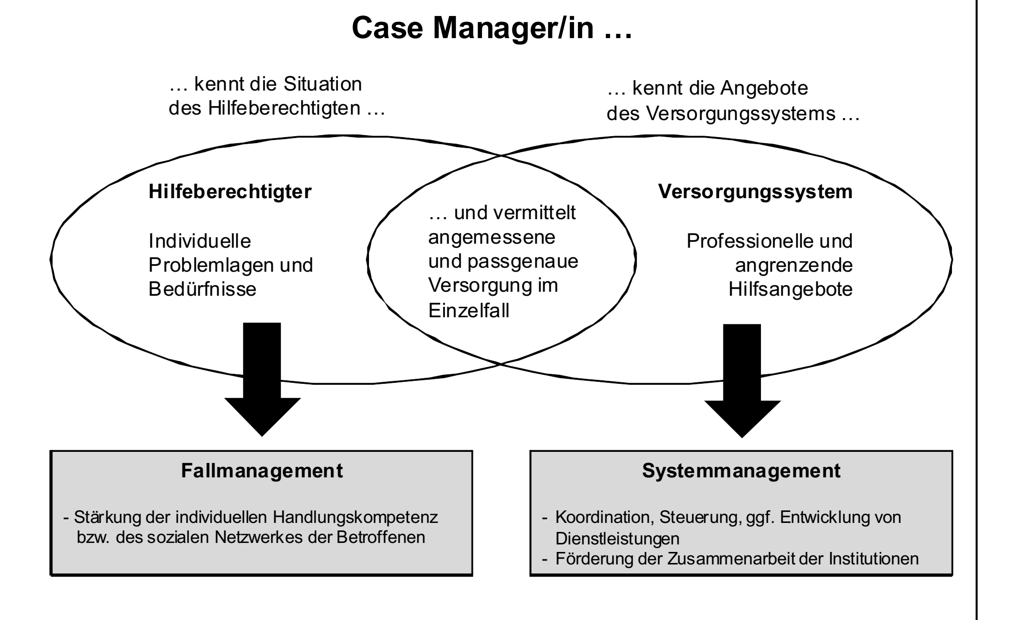


kann noch die Entscheidung einer einzelnen Organisation. Für die systematische Anwendung braucht es eine lokale, sozialräumliche Vernetzungsstruktur, die mit der Bereitschaft der Organisationen einhergeht, sich in ihren Strukturen zu verändern, mit anderen Leistungserbringern zu kooperieren und sich in ihren sozialen Dienstleistungsangeboten zu vernetzen; die Bereitschaft der Kostenträger zur Finanzierung sowie die dafür notwendigen Entscheidungen des politischen Systems zur Finanzierung; ein informelles Netzwerk (Familie, Freunde, Nachbarn) und schließlich die KlientInnen. Aus dieser Perspektive ist das Gelingen des Systemmanagements Voraussetzung für das Fallmanagement. Oder pointierter, wie Mennemann (2006) formuliert, die Wirkungsmöglichkeiten, die durch den Case Manager eröffnet werden können, entscheiden sich dabei zentral auf der Systemebene und nicht auf der Einzelfallebene.

Welche Zuständigkeiten und Aufgabenbereiche für die Gestaltung der Systemebene und der Fallebene auf die Case ManagerInnen zukommen, soll anhand von Abbildung 2 dargestellt werden.

Die Abbildung zeigt, wie die Fallebene und die Systemebene, wenn sie auch methodisch unterschieden werden müssen, ineinandergreifen. Die Zuständigkeit der Case ManagerInnen auf der Fallebene beziehen sich auf die Anliegen, Bedürfnisse, Ressourcen und sozialen Problemlagen der KlientInnen und die Case ManagerInnen sollen sicherstellen, dass die Durchführung der Dienstleistungen anhand der Prozessphasen des Case Managements fallbezogen erfolgt. Für die

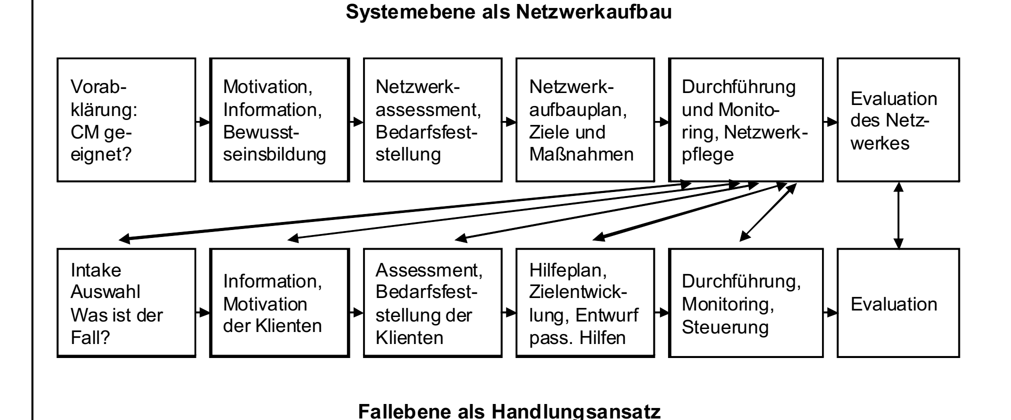
Abbildung 2: Zuständigkeiten der Case ManagerInnen auf der Fall- und Systemebene. Forschungsprojekt Computergestütztes CM im ASD (2005), www.cm4ju.de



Vermittlung passgenauer, d.h. an den Bedürfnissen der KlientInnen orientierter Hilfen benötigen Case ManagerInnen genaue Kenntnisse über die Angebotsstruktur der Dienstleistungserbringer. Hierbei geht es aber nicht um die einfache Verweisung der KlientInnen an weitere Dienstleistungserbringer, wie es in der Tradition der klassischen Einzelfallhilfe immer schon geschehen ist, sondern um die Vernetzung von Dienstleistungserbringern und um die Abstimmung dieser vernetzten Dienstleistungsangebote auf den Einzelfall, gegebenenfalls sind die Angebote auch neu zu generieren. Die Besonderheit des Case Managements gegenüber der klassischen Einzelfallhilfe liegt in der Verknüpfung der klientenzentrierten und der steuerungsorientierten Arbeit auf der Systemebene zum Aufbau von Dienstleistungsnetzwerken. Der Anspruch des Case Managements liegt darin, auf der Grundlage eines Dienstleistungsnetzwerkes klientenorientiert zu arbeiten. Die Bedeutung eines klientenorientierten Dienstleistungsnetzwerkes besteht nach Mennemann in der „Möglichkeit jedes einzelnen Netzwerkpartners, seine Arbeit als einen ‚Baustein' im Gesamtgefüge der im Einzelfall tätigen Dienstleistungen im Wissen um die Arbeit der anderen zu erbringen" (Mennemann 2006, 13). Nur so kann nach Mennemann eine integrierte Versorgung bzw. Dienstleistungserbringung funktionieren, wenn alle beteiligten Akteure „‚verschränkt ineinander' arbeiten, sich aufeinander beziehen und sich gegenseitig bereichern" (ebd.). Aufgrund der zentralen Bedeutung der Netzwerkebene bietet sich für Mennemann an, nur dann von Case Management zu sprechen, wenn eine Zuständigkeit für die Systemebene besteht, wobei die Zuständigkeit für die beiden Aufgabenbereiche der Case ManagerInnen auf der Fall- und der Systemebene personell getrennt ausgeführt werden kann, jedoch innerhalb einer Organisation bzw. eines Trägers liegen soll (ebd.).

Wie der Aufbau von Dienstleistungsnetzwerken auf der Systemebene gestaltet werden kann, wurde beispielsweise von Löcherbach (2008) und Mennemann (2006) in Form eines Regelkreises mit einem vergleichbaren Phasenverlauf wie auf der Fallebene ausgearbeitet.

Abbildung 3: Fallebene als Handlungsansatz und Systemebene als Netzwerkaufbau im Phasenverlauf des Case Managements, in Anlehnung an Löcherbach 2008 und Mennemann 2006



Die Umsetzung des Netzwerkaufbaus der Dienstleistungsanbieter erfolgt auf der Leitungsebene der Organisationen. Sie müssen darüber entscheiden, ob das Case Management auf der Systemebene implementiert werden soll und kann. Mennemann nennt hierfür folgende Voraussetzungen, die mit spezifischen Fragestellungen verbunden sind (s. Abbildung 3):

In der Phase des Intakes muss geprüft werden, ob das Case Management ein hilfreiches und passendes Methodensetting für die Weiterentwicklung der regionalen Versorgungsstruktur darstellt. Dies ist unter anderem davon abhängig, ob es auf dem Markt genügend verschiedene Leistungsanbieter gibt, die klientenorientiert zusammen arbeiten können und ob es für alle Dienstleistungsanbieter möglich ist, uneingeschränkt klientenorientiert zu arbeiten? Des Weiteren muss geklärt werden, inwieweit die strukturellen Voraussetzungen gegeben sind, um Case Management auf der Systemebene zu implementieren, oder ob es möglich ist, diese gegebenenfalls neu zu entwickeln.

Die zweite Phase der Motivation, Information und Bewusstseinsbildung ist die einzige Phase, die dem Regelkreis der Fallebene hinzugefügt wurde. Mennemann begründet dies mit ihrer zentralen Bedeutung, denn in dieser Phase wird entschieden, ob Vernetzung „ein Etikett wird, mit dem man sich schmückt“ oder ob Vernetzung tatsächlich zur Veränderung von Arbeitsabläufen genutzt wird. Denn „integriertes vernetztes Arbeiten bedeutet, dass sich jeder Dienst im Rahmen einer zu erbringenden Gesamtleistung als ein ‚Baustein‘ im Gefüge weiß“ (Mennemann 2006, 15).

In der Phase des Netzwerk-Assessments geht es zunächst um die Feststellung der Ist-Situation eines Netzwerkes und um die Bedarfsfeststellung für die Weiterentwicklung des Dienstleistungsnetzwerkes. Hierfür eignet sich beispielweise die Erstellung einer Netzwerkkarte für Dienstleister, die das bestehende Dienstleistungsnetzwerk einer Einrichtung im Hinblick auf angewandte Konzepte und Standards der Dienstleistungen sichtbar macht. In dieser Phase geht es auch um die Frage der Zusammenarbeit, Häufigkeit, Standardisierung und Verbindlichkeit der Kontakte – sowohl einrichtungsintern als auch einrichtungsübergreifend.

Die vierte Phase des Netzwerkaufbaus und der Erstellung eines Netzwerkplans dient einerseits einem Abgleich des festgestellten Bedarfs und der einrichtungsbezogenen Ziele und andererseits die Zuordnung von Maßnahmen, Verantwortlichen, Durchführenden, einem Zeitplan usw., die in einem Netzwerkaufbauplan festgehalten werden. Dazu gehört zum Beispiel auch die Entwicklung eines einrichtungsübergreifenden Assessmentinstrumentes, eine Entwicklung von Intake-Kriterien, „wann ist ein Fall ein Fall für das Case Management“, die Bestimmung von Rollen, Zuständigkeiten und Kommunikationswegen auch im Hinblick auf Netzwerkpflege und Netzwerksteuerung.

Die Phase der Durchführung, Monitoring (Steuerung) und Linking der Netzwerkteilnehmer kann erfolgen, sobald die notwendigen Instrumente auf der Fallebene entwickelt sind, also ein einrichtungs- und / oder professionsübergreifendes Assessmentverfahren und Hilfeplan, und wenn die Zuständigkeiten und Kommunikationswege benannt und geklärt sind. Monitoring und Steuerung beziehen sich vor allem auf die Probleme, die in der praktischen Anwendung des Netzwerkes auftreten. Zum Beispiel: „Wo müssen Schnittstelleninstrumente entwickelt werden? Welche Einrichtungen müssen ihren eigenen Standardisierungsgrad weiterentwickeln?

Welche Dienste agieren fachlich nicht zufriedenstellend? Welche Dienste fehlen ganz im Netzwerk?“ (ebd., 16).

In der praktischen Anwendung des Case Managements beginnt dann in dieser Phase auch das Ineinandergreifen der Fall- und Systemebene.

In den folgenden Ausführungen soll anhand der systemischen Denkfigur die Entwicklung eines gemeinsamen, professionsübergreifenden Assessmentverfahrens vorgestellt werden, mit dem die verschiedensten Dienstleistungsanbieter integrativ-vernetzend und klientenorientiert zusammenarbeiten. In einem weiteren Sinn geht hierbei beispielhaft um einen Beitrag der Organisationsentwicklung im Rahmen eines Aufbaus von Dienstleistungsnetzwerken.

15.2 Die systemische Denkfigur als ein gemeinsames professionsübergreifendes Assessmentverfahren im Rahmen der Dienstleistungsnetzwerke

15.2.1 Was ist der Fall?

Der eigentlichen Assessmentphase geht das Intake voraus, in der zunächst geklärt wird, inwieweit der vorliegende Fall ein Fall für das Case Management ist. In Anlehnung an Wendt ist anzumerken, dass mit „Fall“ bzw. „case“ nicht die Menschen gemeint sind, sondern die problematische Situation, die es zu bewältigen gilt. „Die gemeinsame Reflexion und Verständigung darüber, *‚was der Fall ist‘*, führt zur Zusammenarbeit der Beteiligten“ (Wendt 2003, 14). Zur Zielgruppe des Case Managements gehören vor allem jene Fälle, die aufgrund von multifaktoriellen Problemlagen eine komplexe Unterstützung mit hoher Akteursdichte benötigen (z.B. Hilfen zur Erziehung, Ehe- und Paarberatung, Suchtberatung, Schuldnerberatung, Ergotherapie, Logopädie usw.). Aufgrund der Komplexität des Falles und des Case Managements als einem Verfahren, in dem mehrere soziale Systeme miteinander agieren, wird ein Assessment benötigt, das die Komplexität des Falles im Feld sozialer Systeme angemessen erfassen kann, das zugleich praktikabel ist und ein kooperatives Verfahren bietet, in dem alle Beteiligten einbezogen sind und das anschlussfähig ist an ein multiprofessionelles Hilfesystem (Dienstleistungsnetzwerk).

15.2.2 Aufgaben und Ziele des Assessments

Zu den Aufgaben und Zielen eines Assessments gehören die Erkundung der Anliegen und Bedürfnisse der KlientInnen, das Sammeln relevanter Informationen im Hinblick auf individuelle Deutungsmuster der KlientInnen über ihre Situation um schließlich adäquate Entscheidungen darüber treffen zu können, welche Hilfen zur Unterstützung und Lösung der problematischen Situation passend sein könnten.

Riet und Wouters (2002) stellen die Bedürfnisklärung als ein zentrales Element des Assessments in den Vordergrund, in der HelferInnen und Hilfesuchende miteinander die Zusammenhänge zwischen Problemen und den nicht oder nur geringfügig befriedigten Bedürfnissen zu erfassen suchen. Der Begriff „Bedürfnisklärung" soll an die Stelle von „Problemklärung" oder „Klären des Antrags auf Hilfe" treten (ebd., 111). In der Bedürfnisklärung geht es nicht um die bloße Verdeutlichung der KlientInnenwünsche, sondern um ein gemeinsames Klären und Präzisieren, welche Bedürfnisse der KientInnen nicht erfüllt werden. Eine wesentliche Rolle spielt dabei die Differenzierung des Bedürfnisses. Erfolgt solch eine Binnengliederung nicht, besteht die Gefahr, so Riet und Wouters, dass KlientInnen ihre Anliegen im Rahmen des vorhandenen Angebots formulieren und der tatsächliche Bedarf nicht erkannt wird. Deshalb gilt es im Assessment genau zu untersuchen, worauf sich der Wunsch nach Hilfe konkret bezieht, und in enger Kooperation mit den KlientInnen herauszufinden, auf welche Bedeutung das von ihnen formulierte Bedürfnis konkret Bezug nimmt (ebd., 110). Vor diesem Hintergrund nennt Löcherbach (2004) als die eigentliche Aufgabe des Assessments die Unterscheidung zwischen Bedürfnis und Bedarf, bzw. vom Bedürfnis der KlientInnen zum tatsächlichen Bedarf an Hilfe zu gelangen.

Die Suchbewegung vom Bedürfnis der KlientInnen zum Bedarf an Hilfe stellt den Aushandlungsprozess aller Beteiligten darüber dar, was der Fall ist. Dieser Aushandlungsprozess kann im Konsens erfolgen, also in der Übereinstimmung darüber, wer was und warum als Problem erlebt, oder wie es häufiger der Fall ist, in der Nichtübereinstimmung. Deshalb ist es umso wichtiger, dass ein Assessment so angelegt ist, das eine mehrperspektivische Problembestimmung mit verschiedenen Deutungsmustern möglich ist. Hierfür wird ein offen strukturiertes und wenig standardisiertes Assessmentverfahren benötigt, um nicht Gefahr zu laufen, die Anliegen und Bedürfnisse der KlientInnen in die Sprache der „Experten" zu übersetzten, sondern um eine Verbalisierung von Klientenbedürfnissen, ihren Anliegen und ihren Problembeschreibungen zu ermöglichen. In einem zweiten Schritt erfolgt dann die Reformulierung des Anliegens als ein Abgleich zwischen dem Bedürfnis der KlientInnen und dem Bedarf an Hilfe.

Die systemische Denkfigur erscheint hierfür ein geeignetes Verfahren zu sein, das in den nachfolgenden Ausführungen als ein Assessmentverfahren vorgestellt werden soll, mit dem die verschiedenen Deutungsmuster über die Situation der KlientInnen aus Sicht der KlientInnen, des Case Managers, relevanter Dritter aus dem informellen Netzwerk und der Dienstleister aus dem Netzwerk der Dienstleistungsanbieter erfasst werden.

15.2.3 Die systemische Denkfigur

15.2.3.1 Metatheoretischer Bezugsrahmen

Die systemische Denkfigur als ein Verfahren der Problem- und Ressourcenanalyse in der Sozialen Arbeit ist von Kaspar Geiser (2007) im Anschluss an die Theorie Sozialer Probleme (Staub-Bernasconi 1994) und der Theorie Sozialer Systeme (Obrecht 2000) weiterentwickelt worden. Ausgehend von der Annahme der „prozessual-systemischen Beschaffenheit der Realität" bilden Individuen soziale Systeme, indem sie auf der Grundlage ihrer Ausstattung untereinander Ver-

bindungen eingehen, „die als wechselseitige, horizontale Austauschbeziehungen oder/und als vertikale, asymmetrische Abhängigkeits- und damit Machtbeziehungen charakterisiert werden können“ (Staub-Bernasconi 1987 [2004, 50]). Dieser Sichtweise folgend entstehen soziale Probleme, wenn „menschliche Bedürfnisse aus sozial hergestellten Gründen unbefriedigt bleiben“, wenn „soziale Systeme ihre Sozialisations-, Produktions-, Steuerungs- und Verteilungsaufgaben so lösen, dass die Ausstattungsqualität und -quantität und damit das Wohlbefinden der Individuen beeinträchtigt wird, ohne dass diese Individuen die Möglichkeit haben, ihre Situation aufgrund eigener Anstrengungen zu verbessern“ (ebd., 51).

Die Ausstattungsdimensionen eines Individuums wie auch relevante Austauschbeziehungen (z.B. in einer Familie, zwischen PartnerInnen, zwischen Vater und Mutter und Kindern) werden in der systemischen Denkfigur analysiert. Die Ausstattungsdimensionen eines Individuums beinhalten folgende Kategorien: Wissen und Erleben; Handeln und Verhalten; biologische Ausstattung; sozioökonomische, sozioökologische und soziokulturelle Ausstattung; Mitgliedschaften; Informationsaufnahme (Geiser 2007, 93ff.). In der systemischen Denkfigur sind diese fünf Kategorien durch fünf Punkte miteinander verbunden, wodurch ihre zirkuläre Verbindung deutlich wird. Die Kategorien der Austauschbeziehungen beinhalten Kommunikation; Koreflexion; Kooperation und Koproduktion; Kontakt, Berührungen, Sexualität; Güteraustausch (ebd., 192). Die Kategorie der idealtypischen Machtbeziehungen analysiert machthaltige Ressourcen im Hinblick auf Körper, Güter, Ressourcen, Position, Modell- und Artikulationsmacht (ebd., 215).

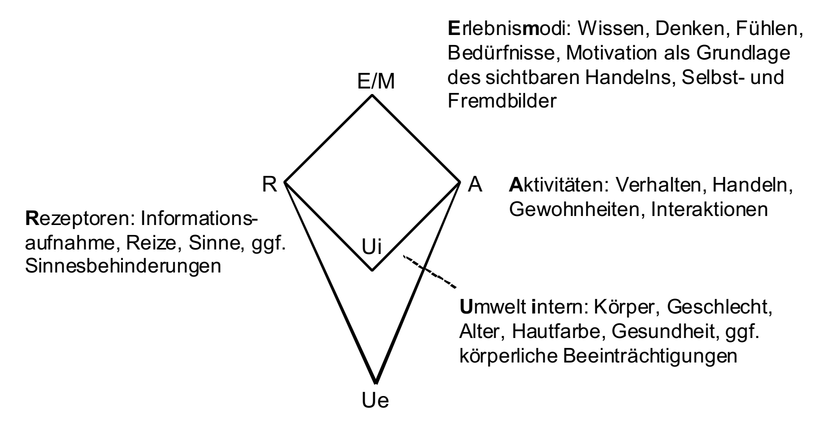
Das Ergebnis der Analyse spiegelt das Austauschpotenzial wider, das ein Individuum zur Gestaltung von Austauschbeziehungen einsetzen kann oder nicht (Geiser 2007). Die systemische Denkfigur ist damit ein zugleich problem- und ressourcenerkundendes Verfahren.

15.2.3.2 Die Anwendung der systemischen Denkfigur im Assessment des Case Managements

Die systemische Denkfigur ermöglicht ein systematisches, strukturiertes und regelgeleitetes Vorgehen zur Informationsgewinnung über die vorhandenen Probleme und Ressourcen der KlientInnen. Probleme werden verstanden – ähnlich wie bei Riet und Wouters – als Ausdruck nicht befriedigter legitimer Bedürfnisse aufgrund von nicht gelingenden Austauschbeziehungen. Die systemische Denkfigur leitet dazu an, sich nicht nur auf die individuelle Ebene zu beschränken, sondern den Blick auf die „Stellung der Person in der Situation“ (Pantucek 2006) zu richten. Der Vorteil der Denkfigur ist die visualisierende Darstellung und die gemeinsame Erzeugung eines Bildes, das heißt, HelferInnen und KlientInnen erstellen gemeinsam ein Bild über die Situation der KlientInnen, mit dem folgende Dimensionen systematisch erfasst werden:

- eine ganzheitliche und systemische Analyse der Situation im Hinblick auf individuelle, familiäre, sozioökologische, sozioökonomische und soziokulturelle Bedingungen,
- die Ermittlung und Analyse der in der Situation und in den Personen liegenden Ressourcen,
- die Ermittlung und Analyse von Beziehungen und Interaktionen sowie bestehender informeller und formeller Netzwerke,

Abbildung 4: Systemische Denkfigur – Fallverstehen im Case Management, vgl. Geiser 2007



- die gemeinsame Einschätzung der Situation, der Beziehungen, informeller und formeller Netzwerke durch die KlientInnen selber, durch relevante Dritte aus dem sozialen Umfeld/ Netzwerk, durch den Case Manager und den bereits tätigen Dienstleister des Dienstleistungsnetzwerkes.

Die ganzheitliche Analyse und Einschätzung der Situation der KlientInnen erfolgt in der systemischen Denkfigur anhand der in Abbildung 4 dargestellten Bereiche.

Für jeden der einzelnen Bereiche werden die Ressourcen und Probleme erkundet:

- In welchen Bereichen verfügen die KlientInnen über Ressourcen, welche Bereiche werden als problematisch eingeschätzt, sowohl von den Betroffenen selbst als auch von relevanten Dritten, dem Case Manager und den Dienstleistern aus dem Netzwerk.
- Welche Ressourcen können aktiviert werden und welche belastenden Situationen können durch die KlientInnen selbsttätig bewältigt werden? Für welche Bereiche brauchen sie Unterstützung?
- Welches informelle Netzwerk steht den KlientInnen zur Verfügung und in welche formellen Netzwerke sind sie bereits eingebunden? Wie ist die Qualität der Netzwerke beschaffen im Hinblick auf Förderung und Unterstützung?
- Welche sozialen Dienstleistungsangebote sind notwendig zur Lösung der problematischen Situation? Worin besteht der tatsächliche Hilfebedarf? Mit welchen Hilfen und Ziel?

Die Erkundung dieser Fragen erfolgt in der systemischen Denkfigur durch die Anwendung der W-Fragen bzw. der Verknüpfung verschiedener Wissensformen (Staub-Bernasconi 1987) als eine handlungstheoretische Logik systematischen Handelns (s. Abbildung 5).

Abbildung 5: Übersicht der W-Fragen bzw. der Wissensformen als handlungstheoretischer Rahmen systematischen Handelns im Assessment, in Anlehnung an Geiser (2007)

Wissensformen bzw. W-Fragen	**KlientInnen beantworten W-Fragen**	**Case Manager und Akteure des Dienstleistungsnetzwerk stellen sich die W-Fragen**
Beschreibungswissen: Was ist los?	Was sehe ich als Problem, wo habe ich Ressourcen?	Die Antworten der KlientInnen dienen als Teil der Informationen hinsichtlich der ganzheitlichen Beschreibung der Situation:
Quellen zur Vorgeschichte: Woher?	Woher kommt das Problem? Vergangenheitsbilder, Erfahrungen, bisherige Lösungsversuche	Woher? Fragen zur Vorgeschichte, Dokumente, bisherige Hilfesysteme, ggf. Genogramm
Erklärungswissen: Warum?	Warum habe ich das Problem?	Warum? Erklärungstheoretisches und professionsspezifisches Wissen, Hypothesenbildung
Prognose, Zukunftsbilder: Wohin (1) ?	Wohin führt die Situation, wenn ich nichts ändere?	Wohin, wenn keine professionelle Hilfe erfolgt? Notwendigkeit professioneller Hilfe?
Problembestimmung: Was ist (nicht) gut?	Was ist (nicht) gut, was ist für mich das eigentliche Problem?	Was ist (nicht) gut? Mehrperspektivische Problembestimmung aller Beteiligten
Werte- und Kriterienwissen: Woraufhin soll verändert werden?	Woraufhin will ich etwas verändern? – Welche Ziele setze ich mir?	Woraufhin? Professionsbezogenes Werte- und Kriterienwissen, Zielentwicklung
Veränderungswissen: Wie?	Wie kann ich die Ziele erreichen?	Wie? Mit welchen Methoden und Arbeitsweisen können die Ziele erreicht werden?
Verfahrenswissen: Womit?	Womit sollte mich wer unterstützen?	Womit: Mit welchen Ressourcen aus dem informellen und formellen Netzwerk?
Prognose, Wohin (2)? (wenn prof. Hilfe erfolgt) Nebeneffekte	Wohin führt die Situation, wenn sich etwas ändert und das Problem ist nicht mehr da?	Welche systemtheoretisch begründeten Nebeneffekte können bei positiver Entwicklung eintreten?

Die Anwendung der W-Fragen bzw. der verschiedenen Wissensformen (als handlungstheoretischer Code) und die Anwendung der systemischen Denkfigur als die gemeinsame Erzeugung eines Bildes über die Situation (als wirklichkeitstheoretischer Code) erfolgen gleichzeitig. Die durch die W-Fragen gewonnenen Informationen werden in die systemische Denkfigur eingetragen. Der Grundsatz der kooperativen Aushandlung wird über die Vervielfachung der W-Fragen (alle Beteiligten antworten) erreicht. Die Verantwortung für das Assessment bleibt jedoch bei dem/r Case ManagerIn. Sie bzw. er hat die Fallführung im Netz der Dienstleister.

15.3 Fazit: Die systemische Denkfigur als ein professions- und einrichtungsübergreifendes Assessmentverfahren

Der Nutzen der systemischen Denkfigur als ein gemeinsames Assessmentverfahren besteht vor allem in Einrichtungen und Organisationen, die entweder einrichtungsintern über eine Vielzahl von Dienstleistungsanbietern verfügen (z.B. stationäre Einrichtungen für Wiedereingliederungshilfe) oder für Einrichtungen, die nur einen Teil der sozialen Dienstleistungen selbst erbringen (z.B. Jugendamt, Allgemeiner Sozialer Dienst) und für weitere Hilfen externe Dienstleistungsanbieter aus anderen Diensten oder sozialraumorientierte Dienstleister einschalten. Der Vorteil der systemischen Denkfigur als ein gemeinsames Assessmentverfahren besteht darin, dass der/die Case ManagerIn die Einschätzung der Situation nicht allein vornehmen muss, was angesichts der Komplexität der Fälle schnell zu einer Überforderung führen kann, sondern dass die Problem- und Ressourceneinschätzung für die verschiedene Bereiche (z.B. psychische Belastungssituationen, körperliche Beeinträchtigungen / Krankheiten, Überschuldung etc.) durch verschiedene professionsspezifische Dienstleister erfolgt. Die systemische Denkfigur dient dabei als ein gemeinsames Verfahren und kann durch ihre Anschlussfähigkeit mit anderen Instrumenten der Problem- und Ressourceneinschätzung (z.B. die ICF-Klassifikation) – wenn erforderlich – ergänzt werden. Voraussetzung für die Anwendung der systemischen Denkfigur als ein gemeinsames Verfahren ist jedoch, dass alle Beteiligten aus dem Dienstleistungsnetzwerk dazu bereit und in der Lage sind, systemisch vernetzend und ressourcenorientiert zu denken, klientInnen- und bedürfnisorientiert zu arbeiten und gemeinsam mit den KlientInnen – partizipativ, dialogisch und auf gleicher Augenhöhe – den Prozess der Problem- und Ressourceneinschätzung zu gestalten. Ein gemeinsam durchgeführtes Assessmentverfahren wird den weiteren Phasenverlauf des Case Managements sowohl auf der Systemebene als auch auf der Fallebene maßgeblich beeinflussen und befördern. Denn wenn alle beteiligten Dienstleister von Beginn an kommunikativ an der Frage, „was ist der Fall?“ sowie an der Zielentwicklung und der Feststellung des tatsächlichen Bedarfs an Hilfe und der dafür notwendigen Maßnahmen, Arbeitsformen und Methoden sowie der Klärung von Zuständigkeiten beteiligt sind, so entsteht von Beginn an ein Wissen um die Arbeit der Anderen, das ermöglicht, dass alle beteiligten Dienstleister verschränkt ineinander arbeiten zugunsten der KlientInnen und ihrem Unterstützungsbedarf.

Literaturverzeichnis

FAß, REINALD 2006: Systemsteuerung im Case Management – Dargestellt am Beispiel der beruflichen (Re-)Integration. In: BRINKMANN, VOLKER (Hrsg.): Case Management. Organisationsentwicklung und Change Management in Gesundheits- und Sozialunternehmen, Wiesbaden, 137-158.

GEISER, KASPAR 2007: Problem- und Ressourcenanalyse in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung in die Systemische Denkfigur und ihre Anwendung. 3. überarbeitete Auflage. Luzern.

LÖCHERBACH, PETER 2004: Assessment im Case Management und sozialpädagogische Diagnostik. In: SCHRAPPER, CHRISTIAN (Hrsg.): Sozialpädagogische Diagnostik und Fallverstehen in der Jugendhilfe, Weinheim, 69-84.

LÖCHERBACH, PETER 2008: Aller Anfang ist schwer: Der Case Management-Ansatz – und was die Jugendämter damit anfangen (können). In: Jugendhilfe Report, Heft 4. 5-12.

MENNEMANN, HUGO 2006. Case Management auf der Systemebene – Aufbau von Netzwerken. In: Case Management, 2. Jg., Heft 1. 12-17.

OBRECHT, WERNER 2000: Soziale Systeme, Individuen, soziale Probleme und Soziale Arbeit. Zu den metatheoretischen, sozialwissenschaftlichen und handlungstheoretischen Grundlagen des „systemtheoretischen Paradigmas“ der Sozialen Arbeit. In: MERTEN, ROLAND (Hrsg.): Systemtheorie Sozialer Arbeit, Opladen, 207-223.

PANTUCEK, PETER 2006: Soziale Diagnostik. Verfahren für die Praxis sozialer Arbeit. Wien, Köln, Weimar.

PANTUCEK, PETER 2007: Social Work Case Management als Systemmanagement? http://www.pantucek.com/texte/, 1-12.

RIET, NORA VAN / WOUTERS, HARRY 2002: Case Management. Ein Lehr- und Arbeitsbuch über die Organisation und Koordination von Leistungen im Sozial- und Gesundheitswesen, Luzern.

STAUB-BERNASCONI, SILVIA 1987: Wissen und Können – Handlungstheorien und Handlungskompetenz in der Sozialen Arbeit. Wiederabgedruckt in: MÜHLUM, ALBERT (Hrsg.) (2004): Sozialarbeitswissenschaft. Wissenschaft der Sozialen Arbeit, Freiburg im Breisgau, 27-62.

STAUB-BERNASCONI, SILVIA 1994: Soziale Probleme – Soziale Berufe – Soziale Praxis. In: HEINER, MAJA / MEINHOLD, MARIANNE / SPIEGEL VON, HILTRUD / STAUB-BERNASCONI, SILVIA 1994: Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit, Freiburg im Breisgau, 11-101.

WENDT, WOLF-RAINER 2003: Case Management – Stand der Positionen in der Bundesrepublik. In: LÖCHERBACH / KLUG / RUMMEL-FAßBENDER / WENDT (Hrsg.): Case Management. Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit, 2. Auflage, Darmstadt, 13-36.

Autorin

Dr. Birgit Wartenpfuhl, Dipl. Pädagogin, Sozialwissenschaftlerin und systemische Familientherapeutin. Leiterin des Studienzentrums Kiel/Schwentinental der Fachhochschule Nordhessen. Lehrtätigkeit im Fachgebiet angewandte Sozial- und Gesundheitswissenschaften. Langjährige Tätigkeit in der Kinder- und Jugendhilfe mit dem Schwerpunkt der aufsuchenden Familienhilfe und -beratung und Tätigkeit in eigener Praxis für pädagogische Beratung (Kiel). Forschungsschwerpunkte: Case und Care Management im Sozial- und Gesundheitswesen und sozialpädagogische Diagnostik.

e-mail: b.wartenpfuhl@web.de